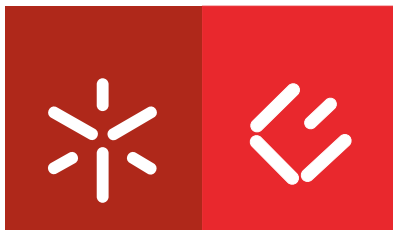


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Miguel Ângelo Sousa Coelho de Amorim

O Programa SIGIC no Combate às
Listas de Espera Cirúrgicas



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Miguel Ângelo Sousa Coelho de Amorim

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Dissertação de Mestrado em Administração Pública
Especialização em Gestão Pública

Trabalho efectuado sob a orientação do
Professor Doutor António Fernando Freitas Tavares

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS
PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA
DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE

Miguel Ângelo Sousa Coelho de Amorim

O Programa SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Resumo

Desde há uns anos que se vem constatando um conjunto de iniciativas que tem suscitado uma atenção pouco habitual sobre a temática da Modernização da Administração Pública (A.P.). Uma atenção que se justifica, já que os inícios do século XXI mostraram bem a contradição existente entre o ritmo acelerado das transformações sociais e a lenta evolução das organizações públicas.

O papel do Estado evoluiu, as exigências dos cidadãos também não cessam de mudar, mas a A.P. Portuguesa mantém-se lenta na gestão dos interesses emergentes na sociedade. O movimento de reforma nascido de reservas quanto à eficiência do sector público não passou ao lado do sector da saúde, particularmente do hospital público, em que assumiu objectivos e modos específicos, das reformas organizacionais, para, na sequência do movimento anteriormente ocorrido noutros domínios, também recorrer entre outras reformas, à externalização de cirurgias. Na última década, os cidadãos têm vindo a demonstrar, de forma crescente, um descontentamento face ao tempo de espera para a realização de cirurgias.

Após iniciativas governamentais que procuraram, através de programas públicos, diminuir o número de utentes que se encontravam em lista de espera há mais de um ano, concluiu-se que uma vez terminadas essas iniciativas, o problema do tempo de espera se iria agravar. Assim, foi publicada em 24 de Junho a Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004 em que foi criado o SIGIC, de forma que este problema pudesse ser visto de forma global e não pontual, ou seja: reduzir o tempo médio de espera por uma cirurgia, mas também controlar o tempo máximo de espera, de forma que se caminhe para a resolução desta situação que continua a ser uma das principais preocupações da população.

Esta investigação recorreu à recolha de dados pré-existentes em quatro unidades hospitalares, de forma a tentar perceber a lógica seguida para a externalização de cirurgias nesses hospitais. Recorreu também a entrevistas aos Presidentes dos C.A. ou responsáveis da UHGIC (Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia) com o intuito de se tentar perceber como funciona e quais as regras para a contratualização de cirurgias adicionais. E perceber também se há alguma semelhança entre estes quatro hospitais relativamente ao seu *modus operandi* com as cirurgias adicionais. A hipótese central desta investigação é a seguinte: a vertente de eficiência económica é a principal determinante da externalização de certas cirurgias relativamente a outras, quer para o sector privado, quer para cirurgia adicional.

The SIGIC (integrated system for the management of surgery waiting lists) programme regarding the decrease of Surgery Waiting Lists

Abstract

For a few years a set of initiatives has been taken, which has attracted an unusual attention to the Modernization of Public Administration. This attention is due to the fact that the beginning of the 21st century has clearly shown the contradiction between the accelerated rhythm of social transformations and the slow development of public organizations.

The role of the State has evolved; the demands of the population are ever changing, but Public Administration remains slow, changing as far as the management of interests emerging from society is concerned. The reform movement, born from the mistrust about the efficiency of the public sector, has been a reality in the health sector, particularly in public hospitals, where it assumed objectives and specific means of the organizational reforms, so that in the sequence of reforms occurring in other domains, the outsourcing of surgeries became a current tendency, among other reform initiatives.

In the last decade people have been showing, in an increasing way, a discontent, as far as the waiting time for the performance of surgeries. Several Government initiatives have tried, through public programmes, to decrease the number of users that have been on a waiting list for more than a year. It has been concluded that once those initiatives ended, the problem of waiting time would become worse. Therefore on the 24th June it was published Resolution number 79/2004 of the Ministers Council, in which the SIGIC programme was created, in such a way that the problem could be seen in a global and not punctual way. That is: reducing the average waiting time for a surgery, but also controlling the maximum waiting time in order to find the solution for this problem, which is still one of the main concerns of the population.

This research uses pre-existing data from four hospital units, in order to try to understand the logic followed for the outsourcing of surgeries in these hospitals. It has also used interviews to the Presidents of Administration Councils or people responsible for UHGIC (hospital unit for the management of people entered for surgery) in order to try to understand how it works and which are the rules for the contractualisation of additional surgeries. One of the main goals is also to understand if there is any similarity between these four hospitals, concerning their *modus operandi* for additional surgeries. The central hypothesis of this research is that economic efficiency is the main reason for the outsourcing of some surgeries relatively to others, not only to the private sector, but also for additional surgery.

Índice

Capítulo I – Introdução

1. Enquadramento	1
2. Justificação do Tema	2
3. Âmbito e objectivos	4
4. Metodologia	5

Capítulo II – Gestão Pública Tradicional

1. Introdução	7
2. Dicotomia Política e Administração	8
3. O Papel do Estado	9
4. Estado Liberal	15
5. Estado Providência (<i>Welfare State</i>)	17
5.1. O Modelo de Gestão Pública	19
6. Mudanças no modelo de Gestão Pública	25
7. Conclusão	31

Capítulo III – Nova Gestão Pública

1. Introdução	34
2. A Nova Gestão Pública (<i>New Public Management</i>)	35
3. Modelos e diferentes correntes da Nova Gestão Pública	39
3.1. Teoria da Escolha Pública (<i>Public Choice</i>)	42
3.2. A Escola <i>Managerial</i> (Gestionária)	43
4. Actual reforma da AP em Portugal	45
4.1. Gestão da Mudança	49
5. Conclusão	54

Capítulo IV – O Sistema de Saúde

1. Criação e Evolução dos Sistemas de Saúde	56
2. O papel do Estado na Saúde em Portugal	58
2.1. Justiça Social	64
2.1.1. Noção de Equidade	67
3. O sistema de saúde português	69
4. Gastos do Sistema de Saúde	74
5. Financiamento dos Sistemas de Saúde	80

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

6. Factores Determinantes do Crescimento dos Gastos_____	83
7. Medidas de Contenção dos Gastos_____	84
8. Evolução do O.E. para a Saúde_____	88
9. As Reformas da Saúde e Experiências Recentes em Portugal_____	89
9.1. As PPP em Saúde_____	93
9.1.1. Enquadramento Legal_____	95
10. Governação Hospitalar_____	97
Capítulo V – Listas de espera em saúde.	
1. Introdução_____	103
2. Enquadramento_____	104
3. Políticas de Combate às Listas de Espera_____	106
3.1. Desenvolvimento do SIGIC_____	108
3.2. Caracterização do SIGIC_____	111
3.3. Estrutura funcional do SIGIC_____	113
3.4. Direitos e deveres dos utentes_____	114
3.5. Processo de gestão do utente_____	115
3.6. Estados e movimentos na LIC_____	119
3.7. Sistemas de informação de gestão da LIC_____	120
3.8. Sistemas de financiamento e remuneração_____	122
3.8.1. Sistema de remuneração_____	128
3.8.2. Sistema de incentivos e penalizações_____	130
4. Conclusão_____	131
Capítulo VI – Metodologia de Investigação	
1. Introdução_____	134
2. Estudo de caso_____	136
2.1. Vantagens e desvantagens do estudo de caso_____	138
3. Operacionalização da pesquisa_____	143
Capítulo VII – Tratamento e análise dos dados	
1. Instrumento de análise _____	146
2. Análise dos dados_____	148
2.1. Observação indirecta_____	148

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

2.2. Observação Directa	153
Hospital 1	155
Hospital 2	156
Hospital 3	157
Hospital 4	158
Capítulo VIII – Conclusões	168
Referências Bibliográficas	174
Anexo 1	187
Anexo 2	189

Mapa de Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AD – Aliança Democrática

ADSE – Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado

ANCP – Agência Nacional de Compras Públicas

AP – Administração Pública

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSN – Administração Regional de Saúde Norte

CA – Conselho da Administração

CC – Código Civil

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CPA – Código do Processo Administrativo

CRES – Conselho de Reflexão da Saúde

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGO – Direcção Geral do Orçamento

DGS – Direcção Geral da Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

EUA – Estados Unidos da América

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

LCP – Lei da Contratação Pública

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

MNSRM – Medicamentos não sujeitos a receita médica

MRA – Modalidade Remuneratória Alternativa

MRC – Modalidade Remuneratória Convencional

MS – Ministério da Saúde

NGP – Nova Gestão Pública

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

OE – Orçamento de Estado

ONLs – Organizações Não Lucrativas

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PA – Produção Adicional

PB – Produção Base

PEC – Programa de Estabilidade e Crescimento

PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

PIB – Produto Interno Bruto

PPA – Programa para a Promoção do Acesso

PPP – Parcerias Público-Privadas

PRACE – Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado

RCM – Resolução do Conselho de Ministros

RIS – Rede Informática da Saúde

RSEE – Regime do Sector Empresarial do Estado

SA – Sociedade Anónima

SEE – Sector Empresarial do Estado

SIADAP – Sistema Integrado da Avaliação de Desempenho da Administração Pública

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão da lista de Inscritos para a Cirurgia

SIGLIC – Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

SPA – Sector Público Administrativo

TC – Tribunal de Contas

UCGIC – Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia

UE15 – União Europeia a 15

UHGIC - Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

URGIC - Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

US\$PPP – *Purchasing Power Parity* – Paridade do Poder de Compra

VC – Vale de Cirurgia

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Mapa de Quadros

Quadro 1 – Funções do Estado _____	11
Quadro 2 – Tipos de Fracasso de Mercado e possíveis intervenções Públicas _____	12
Quadro 3 – Comparação ideológica entre modelos de Estado _____	30
Quadro 4 – Comparação entre as agências da NGP e as tradicionais estruturas burocráticas _____	45
Quadro 5 – Diplomas destinados a implementar o novo modelo de gestão _____	46
Quadro 6 – Resumo das fases de mudança – Kurt Lewin _____	50
Quadro 7 – Gastos totais em saúde, em % do PIB, em alguns países entre 1970 e 2004 _____	74
Quadro 8 – Evolução do peso dos gastos totais, públicos e privados com a saúde no PIB (%) Em Portugal, UE15, OCDE e países seleccionados entre 1980 e 2004 _____	76
Quadro 9 – Despesa Nacional em Saúde entre 2000 e 2004 _____	77
Quadro 10 – Principais determinantes para o crescimento da Despesa Pública com saúde No período de 1970 – 2002 _____	84
Quadro 11 – Decisões políticas tomadas entre 2000 e 2006 em Portugal _____	87
Quadro 12 – Despesas em Saúde (classificação funcional) _____	88
Quadro 13 – Transferências do O.E. para os hospitais SPA e SA/EPE _____	89
Quadro 14 – Programa de PPP, 1º e 2ª Vagas _____	96
Quadro 15 – Caracterização Geral da Lista de Espera em Alguns Países com SNS _____	107
Quadro 16 – Objectivos e Estratégias essenciais do SIGIC _____	112
Quadro 17 – Motivos de Cancelamento do VC _____	120
Quadro 18 – Modelo de Financiamento decorrente do Contrato com o IGIF/ACSS _____	122
Quadro 19 – Definição de Doente Equivalente _____	124
Quadro 20 – Remuneração da PA – Pagamento às Equipas _____	129
Quadro 21 – Alguns tipos de investigação _____	139
Quadro 22 – Distribuição de percentagens adoptadas pelos hospitais 1 e 2 _____	150
Quadro 23 – Cirurgias propostas/cirurgias realizadas do hospital 4 em 2004 _____	152
Quadro 24 – Capacidade instalada/cirurgias realizadas pelo hospital 4 nos anos 2004-2007 _____	153
Quadro 25 – Exemplo da lista de cirurgias efectuadas/doentes intervencionados _____	154
Quadro 26 – Listas de internamento por GDH _____	154

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Quadro 27 – Produção adicional por serviços – Hospital 1 – 2004-2007_____	155
Quadro 28 – Alguns itens de estatística descritiva do hospital 1_____	156
Quadro 29 – Produção adicional por serviços – Hospital 2 – 2004-2007_____	156
Quadro 30 - Alguns itens de estatística descritiva do hospital 2_____	157
Quadro 31 – Produção adicional por serviços – Hospital 3 – 2004-2007_____	157
Quadro 32 - Alguns itens de estatística descritiva do hospital 3_____	158
Quadro 33 – Doentes intervencionados em SIGIC adicional – hospital 4 – 2004-2007_____	159
Quadro 34 - Alguns itens de estatística descritiva do hospital 4_____	159
Quadro 35 – Número de doentes intervencionados (PB + PA) de 2004 a 2007_____	160
Quadro 36 - Número de doentes intervencionados (PB + PA) por hospital - 2004 a 2007_____	160
Quadro 37 - Número de doentes intervencionados (PB + PA) por serviço - 2004 a 2007_____	161
Quadro 38 – Total de doentes intervencionados por tipo de intervenção_____	161
Quadro 39 – Total de doentes intervencionados em SIGIC adicional_____	162
Quadro 40 – Sumário das Variáveis e Estatística Descritiva_____	163
Quadro 41 – Resultado do Teste de Shapiro-Wilk_____	164
Quadro 42 – Resultados do Modelo Binomial Negativo com Zeros Inflacionados_____	166
Quadro 43 – Top 3 das cirurgias efectuadas por serviço – hospitais 1, 2 e 3 – 2004-2007_____	172
Quadro 44 - Top 3 das cirurgias efectuadas por serviço – hospital 4 – 2004-2007_____	173
Quadro 45 – Itens estatísticos do serviço de cirurgia dos hospitais 1, 2 e 3 – 2004-2007_____	190
Quadro 46 – Itens estatísticos do serviço de cirurgia do hospital 4 – 2004-2007_____	190
Quadro 47 - Itens estatísticos do serviço de ginecologia dos hospitais 1, 2 e 3 – 2004-2007_____	190
Quadro 48 – Itens estatísticos do serviço de ginecologia do hospital 4 – 2004-2007_____	191
Quadro 49 - Itens estatísticos do serviço de otorrino dos hospitais 1, 2 e 3 – 2004-2007_____	191
Quadro 50 – Itens estatísticos do serviço de otorrino do hospital 4 – 2004-2007_____	191

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Quadro 51 - Itens estatísticos do serviço de ortopedia dos hospitais 1, 2 e 3 – 2004-2007_____192

Quadro 52 - Itens estatísticos do serviço de ortopedia do hospital 4 – 2004-2007_____192

Mapa de Figuras

Figura 1 – Estado Administrativo vs Estado Gestionário	37
Figura 2 – Estruturação da Reforma	47
Figura 3 – Possíveis Modelos de Externalização das Funções	48
Figura 4 – Atitude perante a mudança	52
Figura 5 – Portugal – Despesas em Saúde no PIB vs Esperança Média de Vida à Nascimento	60
Figura 6 – Evolução do número de Hospitais em Portugal	61
Figura 7 – Cobertura da população por seguro de saúde em Portugal de 1974 a 1980	72
Figura 8 – Evolução do peso dos gastos com a saúde no PIB (%), em Portugal, UE15 e OCDE entre 1990 e 2004	75
Figura 9 – Despesa Total em Saúde <i>per capita</i> em 2004 – US\$PPP	76
Figura 10 – Despesa Total em Saúde <i>per capita</i> – US\$PPP	77
Figura 11 - % da Despesa com Medicamentos no Total da Despesa Nacional de Saúde	78
Figura 12 - % da Despesa Pública no Total da Despesa Nacional em Saúde	78
Figura 13 – Evolução dos gastos totais com a saúde <i>per capita</i> em Portugal, 1980-2004	79
Figura 14 – Evolução dos gastos com a saúde em US\$PPP, em Portugal, UE15 e OCDE, Entre 1980 e 2004	79
Figura 15 – Processo de Financiamento	81
Figura 16 – Fontes de financiamento dos gastos com a saúde em 2004	81
Figura 17 – Peso de cada fonte de financiamento no total dos gastos da saúde em Portugal	82
Figura 18 – Orçamento inicial vs Execução Orçamental para o Sector da Saúde	88
Figura 19 – Necessidades de Saúde	105
Figura 20 – Percurso do doente e tempos de espera	106
Figura 21 – Efeitos do SIGIC sobre as listas de espera	106
Figura 22 – Obs. da experiência internacional – Determinantes dos tempos de espera	109
Figura 23 – Processo de gestão do utente inscrito na LIC	111
Figura 24 – Fase I do processo de gestão de inscritos para cirurgia	115
Figura 25 – Fase II do processo de gestão de inscritos para cirurgia	116
Figura 26 – Proposta Cirúrgica	117

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Figura 27 – Nota de consentimento_____	118
Figura 28 – Documento único – Proposta de cirurgia e nota de consentimento_____	119
Figura 29 – Rede de interfaces entre os sistemas de informação dos hospitais e o SIGIC_____	121
Figura 30 – Circuito do sistema de financiamento do SIGIC_____	122
Figura 31 – Tabela de GDH cirúrgicos_____	124
Figura 32 – Modelo de financiamento de um hospital_____	125
Figura 33 – Tabela de preços da PA_____	126
Figura 34 – Desvios da produção realizada face à produção contratada_____	127
Figura 35 – Sistema de remuneração das equipas cirúrgicas_____	128
Figura 36 – Incentivos aos profissionais indirectamente envolvidos na produção cirúrgica_____	130

Capítulo I – Introdução

1. Enquadramento

Ao longo dos últimos dois séculos, o papel do Estado na vida económica e social dos países foi crescendo, atingindo um desenvolvimento enorme a partir da segunda guerra mundial, em execução do novo paradigma que dela resultou. Este desenvolvimento conheceu fortes críticas com algumas paragens e inversão de sentido durante finais da década de 70 e toda a década de 80 em que se começou a gerar alguma diluição da intervenção do Estado, criando-se movimentos cépticos relativamente à bondade, à eficiência e aos benefícios daquela intervenção.

Ao entrar neste novo milénio, os desafios e as mudanças no mundo são enormes. A União Europeia atravessa um período de alargamento, fazendo com que as suas fronteiras esbarrem no continente asiático. Tem no seu seio países da Europa de Leste, que, ainda há bem pouco tempo se encontravam dominados por regimes comunistas. O Extremo Oriente, através de países como a Índia, o Paquistão e China, assume-se como um grande impulsor da economia mundial e com crescimentos económicos anuais muito acima da média dos países ocidentais desenvolvidos. É a descoberta de um novo mundo.

Os actores económicos, nestas últimas décadas, entendem que o peso da Administração Pública na riqueza nacional absorve os ganhos conseguidos noutros sectores. Como tal foram exigindo, aliados à boa gestão das contas públicas, aumentos de eficiência no sector público. Os governos lançaram esforços e desenvolveram iniciativas de maneira a conseguirem a reforma e modernização da Administração Pública.

O Estado Providência está submetido, agora mais do que nunca, a uma enorme pressão para alterar os seus papéis,

estratégias, processos e métodos de gestão. Mas este esforço para reformar a Administração e o Estado nem é uma ideia nova, pois já Bismark no final do séc. XIX num acesso visionário o fizera, embora noutros moldes e com outras intenções (Osborne e Gaebler, 1994).

Assim sendo, os modelos de organização pública, de matriz burocrática (Max Weber, 1945) parecem estar em crise (Rocha, 2005). Os princípios de actuação na esfera pública são diversos e nem sempre condizentes com estratégias de intervenção pública. O sucesso do processo de governação pública actual está na capacidade de integração das práticas managerialistas na gestão pública

A insistência na melhoria da eficiência, da eficácia e da qualidade dos serviços públicos conduz a uma crescente reorientação da investigação para a gestão pública (*public management*), pois para muitos o problema da ineficiência dos serviços públicos está inerente aos modelos tradicionais de carácter burocrático ainda em vigor.

Num tempo de atitudes liberais, o mercado parece fazer crer que a solução está na adopção de práticas e de técnicas de gestão privada no sector público. O que se pretende com a administração empresarial é substituir a gestão pública tradicional pela gestão de empresas privadas, já que se assume que tudo o que é público é ineficiente.

2. Justificação do tema

Actualmente o mundo passa por uma fase de profunda alteração do papel do Estado na sociedade e economia e Portugal não foge à regra. O problema do peso do Estado na Economia tem comandado o debate em torno, não só da eficácia na concretização das tarefas que lhe são confiadas, como também na eficiência com que o Estado executa as tarefas que se propõe.

A produção pelo sector público de bens e serviços que poderiam ser executadas pelo privado, tem tornado a questão da eficiência ainda mais em voga. Os autores da corrente da Escolha Pública defendem a diminuição do Estado como prestador directo de alguns serviços, porque certas actividades poderiam ser desempenhadas pelo sector privado, não sobrecarregando o erário público e sendo desenvolvidas com maior eficiência. Mas, muitas vezes, este tipo de decisão tem cariz político do momento. Leite (2007) afirma que *"há que ter a coragem política para transferir funções não tradicionais para o sector privado"*, mas recomenda igualmente cuidados na adopção "exagerada" de mecanismos e instrumentos da gestão privada pelo sector público.

Para Alves e Moreira (2004), a saúde reúne indiscutivelmente as características de rivalidade e exclusão no consumo, sendo por esse motivo considerado como bem privado. Os autores reiteram a necessidade de questionar o monopólio estatal na provisão de alguns serviços nesse sector e defendem a abertura a privados, relegando o Estado (no máximo) para o papel de financiador e regulador do sistema.

A tradição da filosofia política identifica um certo conjunto de serviços como bens primários, que afectam as reais oportunidades dos indivíduos numa economia de mercado (educação básica, cuidados primários de saúde) (Rawls, 1971). A provisão pública de bens primários permite uma discriminação positiva no sentido da igualdade de oportunidades e de potenciar melhor desempenho daqueles que, pelo infortúnio do nascimento, da saúde, do território, ou outro factor, estariam à partida pior posicionados para usufruir das vantagens no mercado.

John Rawls considera que cada indivíduo em sociedade é o melhor juiz do que contribui para o seu bem-estar individual e que nenhum outro indivíduo, nem mesmo o Estado, deveria ter algo a dizer sobre isso. Mas para a classe de bens primários, muitos

economistas entendem que os indivíduos não devem ser soberanos, pelas razões acima expostas, naquilo que querem ou não consumir, mas deve ser a política a decidir. Estes bens, sendo no essencial bens privados, podem considerar-se também bens de mérito. A provisão gratuita, ou tendencialmente gratuita por via fiscal, de bens de mérito é uma componente indispensável para o bem-estar individual e social e fornece outra racionalidade para a intervenção pública no âmbito da justiça social.

3. Âmbito e objectivos

O movimento de reforma nascido de reservas quanto à eficiência do sector público não passou ao lado do sector da saúde, particularmente do hospital público, em que assumiu objectivos e modos específicos das reformas organizacionais, para, na sequência do movimento anteriormente ocorrido noutros domínios, também recorrer à externalização de serviços e às parcerias público-privadas.

Na última década, os cidadãos têm vindo a demonstrar, de forma crescente, um descontentamento face ao tempo de espera para a realização de cirurgias. Esta realidade deu lugar a algumas iniciativas governamentais que procuraram, através de programas públicos, diminuir o número de utentes em lista de espera há mais de um ano. Destaque-se, neste âmbito, o PPA (Programa para a Promoção do Acesso) que se iniciou em 1999 e que progrediu para o PECLEC (Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas), iniciado em 2002. Este Programa foi concebido com um carácter temporário (duração de dois anos) para fornecer uma resposta rápida e eficiente às situações emergentes e críticas dos utentes.

Rapidamente se constatou que, uma vez terminadas estas iniciativas, o problema do tempo de espera se iria agravar. Assim, foi publicada em 24 de Junho a Resolução do Conselho de Ministros nº

79/2004 pela qual é criado o SIGIC (Sistema Integrado da Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia), para abarcar o problema na sua globalidade (reduzir o tempo médio de espera por uma cirurgia, mas também controlar o tempo máximo de espera) e que, de uma forma contínua e permanente, caminhasse para a resolução desta situação que continua a ser uma das principais preocupações da população.

Mediante a aplicação desta política pública de Saúde, o tema da dissertação é o ***Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas***, por se considerar que ele é um instrumento de integração dos sectores público e privado na concretização de uma política pública na saúde.

Partindo do pressuposto de que o SIGIC é um programa que vai contribuir para o bem-estar individual e social, importará também analisar as questões económicas e organizacionais e, como tal, a pergunta de investigação situa-se neste quadro de referência: ***Quais os principais factores que determinam a externalização das cirurgias no âmbito do SIGIC?***

A hipótese de partida é a de que ***a vertente económica é o principal determinante da externalização de certas cirurgias relativamente a outras, sobretudo para o sector privado***. Nessa medida, corresponde à hipótese geral de investigação (Quivy e Campenhoudt, 2005).

4. Metodologia

Segundo Quivy e Campenhoudt (2005) uma investigação académica é composta por três momentos distintos:

- Ruptura – limpar a nossa mente de ideias pré-instituídas e filtrar dos nossos conhecimentos teóricos de certos condicionalismos que podem, de alguma maneira enviesar as respostas às questões levantadas, mesmo antes de qualquer estudo;

- Construção – edificar e enriquecer os conhecimentos teóricos que possam ser ferramentas de análise da realidade. A teoria constitui a base de fundamentação daquilo que se vai tentar provar;
- Verificação – engloba a recolha de evidência empírica e a observação dos factos e respectiva comparação com o quadro de análise construído.

Assim, esta investigação segue o rumo sugerido por Quivy e Campenhoudt (2005), no sentido em que pretende:

1. Partindo da pergunta de partida, definir a hipótese base que vai orientar toda a investigação. Neste trabalho, a hipótese base está inerente aos factores que determinam a externalização de certas cirurgias relativamente a outras;

2. Após a revisão da literatura que permite enquadrar o tema em análise, construir o quadro conceptual de análise;

3. Identificar as variáveis e operacionalizar os conceitos previamente definidos. Recolher informações através da documentação/estatísticas das instituições em análise (dados secundários) e das entrevistas a realizar (dados primários);

4. Analisar os dados, transformando-os em informações que nos permitam retirar um número conveniente de ilações no sentido de responder à questão de partida;

5. As conclusões devem constituir o espelho da própria investigação, permitindo, através da sua leitura, afirmar ou contrapor a hipótese de partida.

Capítulo II – Gestão Pública Tradicional

1. Introdução

Durante o séc. XX assistimos a duas guerras mundiais e a diversas crises económicas, com destaque para as ocorridas em 1929 (recessão nos EUA) e para a de 1973 (choque petrolífero). Estes acontecimentos foram alterando o papel do Estado e o modelo de gestão pública utilizado. Podemos distinguir três momentos ao longo do séc. XX. Inicialmente, uma época caracterizada pelo liberalismo, a que estava associado um modelo de Estado mínimo. Este modelo era inspirado nas ideologias liberais, representadas na Revolução Francesa e no liberalismo económico britânico (séc. XVIII). Aqui, o papel do Estado é o mínimo indispensável para o funcionamento político, defesa dos direitos individuais, defesa dos direitos de propriedade, defesa do liberalismo de mercado e do sistema capitalista (Rocha, 2001). Segue-se um período de progressivo intervencionismo do Estado na vida económica e social e o consequente aumento do número de funcionários e serviços a cargo do Estado. Finalmente, a partir dos anos 70 e 80, ressurgiram as teorias neo-liberais com um cariz diferente, reservando ao Estado um papel mais regulador/negociador.

Atendendo aos problemas relacionados com o abrandamento e/ou falta de crescimento económico, o aumento de desemprego e as precárias condições de protecção social, a opção pelo Estado Providência mudou a Administração Pública bem como a sua relação com os cidadãos. Tratava-se de o Estado realizar projectos de investimento público capazes de absorver a massa de população desempregada e, através deste efeito, impulsionar a economia. Mas este tipo de Estado não se restringiu ao cenário económico, pois também passaram a ser fornecidos aos cidadãos bens e serviços de natureza social. Criaram-se programas de serviço público nas áreas

de educação, da saúde e da solidariedade social. Todas estas medidas contribuíram para o aumento do sector público, em termos de competências, organismos, funcionários e orçamento (Rocha, 2001). Este modelo de Estado Providência contrasta com o modelo de Estado mínimo pela maior actividade, peso e intervenção do Estado.

Mas cada vez mais economistas inspirados pela corrente da *Public Choice* apresentavam argumentos para modificações nas estruturas e processos da Administração Pública. As próprias disfunções do Estado burocrático contribuíam para a necessidade de reforma e de modernização. No entanto, estes movimentos de reforma administrativa não parecem ser adeptos de um regresso ao passado, no sentido do afastamento do Estado dos assuntos sócio-económicos, mas sim defensores de um modelo de intervenção mais regulador e financiador em vez de produtor de bens e serviços.

2. Dicotomia Política/Administração

Woodrow Wilson (1887) no seu trabalho institui a ideia da separação entre a política e a administração. Este trabalho constitui para muitos o ponto de arranque do estudo e análise da Administração Pública (Rocha, 2001). Enquadrado no processo de reforma emanado do *Pendleecton Act* (1883), Wilson defendia que a reforma proposta não se deveria restringir ao pessoal, mas alargar-se à totalidade da Administração Pública e sua actividade. Wilson instituiu a ideia de separação entre a política e a administração, através da substituição do sistema de controlo. Em vez da rotatividade dos funcionários conforme a rotação dos políticos, o sistema devia basear-se, não na confiança política, mas sim no mérito.

A introdução do sistema de mérito teve como objectivo central garantir a independência da Administração face ao poder político e permitiu que a Administração passasse a ser controlada com base na

eficiência. Para Wilson, a Administração situa-se fora da esfera da política, considerando que as questões administrativas não são questões políticas. Apesar dos políticos fixarem as tarefas da Administração, não as devem manipular. O conceito da neutralidade da Administração aparece como um aspecto importante desta dicotomia, funcionando como um garante da eficiência da Administração. Mas, o tipo de relação que Wilson propõe, baseada na neutralidade da Administração relativamente à política, tem sido objecto de discordância no meio académico. Derlien (1987:130), por exemplo, afirma que, *"na Europa a noção de ligação em vez de separação de poderes aplica-se melhor, pelo menos, em alguns modelos"*.

Funcionalmente, e sob o ponto de vista prático, observa-se uma grande interdependência entre os sistemas político e administrativo, já que o primeiro, aquando da formulação das políticas necessita de reunir informação que o sistema administrativo possui. Por outro lado, o sistema administrativo, devido à sua vulnerabilidade em relação ao sistema político, está constantemente a sofrer manipulações na sua acção. É assim que Metcalfe e Richards (1987:27) afirmam que, *"a distinção entre política e Administração parece obsoleta, na medida em que a ideia de um mundo dividido de acordo com os princípios cartesianos entre pensadores e executores, políticos e gestores, leva a uma separação de funções que é responsável por ter cada vez mais um efeito adverso na performance"*.

3. O Papel do Estado

A noção de serviço público está profundamente ligada à actividade prestativa do Estado e, por inerência, à problemática das finalidades que lhe cabe realizar. Progressivamente, o poder político (governativo), para além das funções tipicamente executivas, passou

a ter também como função, promover o desenvolvimento económico e social e a satisfação das necessidades colectivas. O móbil desta acção consiste em suprir as insuficiências do mercado, proporcionar o bem-estar às populações, o pleno emprego e o desenvolvimento harmonioso da economia. Mediante isto, a área de intervenção da Administração Pública alarga-se, aumenta a sua complexidade e estende-se a actividades tradicionalmente privadas. Este crescente intervencionismo do Estado produziu efeitos positivos ao nível do bem-estar dos cidadãos, mas o endividamento e o desperdício de recursos vieram colocar em crise este modelo de Administração Pública burocratizada.

A partir dos anos 80 do século passado começa a generalizar-se a ideia de que a eficiência e racionalidade económica do sector público só seriam realizáveis pela introdução na gestão pública de princípios e incentivos característicos da gestão privada.

A Ciência da Administração tem avançado com algumas teorias explicativas da menor eficiência da gestão pública (Niskanen, 1971). As teorias económicas clássicas, de cariz liberal, tendem a salientar os efeitos nefastos da não sujeição dos serviços públicos económicos à concorrência, que afecta negativamente a eficiência na gestão dos serviços e o próprio comportamento dos funcionários. Por outro lado, as leis económicas e as boas regras de gestão são esquecidas mais facilmente, verificando-se desperdício de recursos produtivos que acarretam custos sérios para os contribuintes. Por outro lado, a forma de gestão tradicional dos serviços públicos revela a inexistência de incentivos, que só o mercado proporciona, para procurar o menor custo.

A solução para os problemas de gestão e financiamento dos serviços públicos passaria então, pela alteração do modelo tradicional, o que implica a introdução de mecanismos de mercado e a sujeição à concorrência. Mas as práticas instaladas, o conformismo e a resistência à mudança, características da cultura organizacional

da Administração Pública, impedem que a mesma se reestruture. Por isso, reformar implica, para muitos, desregular e privatizar.

A privatização ou concessão dos serviços públicos se, por um lado, pode reduzir os custos públicos com pessoal e eliminar o crescimento das despesas públicas, por outro lado, não reduz os custos para os cidadãos na obtenção dos serviços, nem garante necessariamente a melhoria dos mesmos (Rocha, 2001).

O desejo de melhorar a prestação de serviços aos cidadãos por via do mercado esbarra com a crítica da economia do bem-estar, segundo a qual o mercado, por si só, não é capaz de desempenhar todas as funções económicas. Aqui residem os fundamentos de intervenção do governo, necessária para assegurar a regulação das actuações dos actores em contexto de mercado e garantir os modelos de actuação na esfera pública (Munger, 2000)

Quadro 1 – Funções do Estado

Para solucionar as disfunções do mercado				Para garantir a equidade social
Funções mínimas	Fornecer bens e serviços públicos puros: <ul style="list-style-type: none"> . Defesa . Ordem Pública . Protecção da propriedade . Estabilidade macroeconómica . Saúde Pública 			
Funções intermédias	Se fonte de externalidades: <ul style="list-style-type: none"> . Educação de base . Protecção do ambiente 	Regular os monopólios: <ul style="list-style-type: none"> . Regulamentação dos serviços de interesse público . Políticas antimonopólios 	Preencher lacunas de informação: <ul style="list-style-type: none"> . Seguros . Regulamentação financeira . Defesa do consumidor 	Fornecer uma segurança social: <ul style="list-style-type: none"> . Reformas por redistribuição . Subsídios familiares . Subsídios de desemprego
Funções do tipo intervencionista	Coordenar as actividades do sector privado: <ul style="list-style-type: none"> . Promoção do mercado . Reforço das fileiras 			Garantir a redistribuição: <ul style="list-style-type: none"> . Redistribuição dos activos

Fonte: Banco Mundial 2002

De acordo com a perspectiva da economia do bem-estar são duas as causas que justificam a intervenção do Estado na Economia. A primeira prende-se com a ineficiência do mercado (falhas de mercado) e a segunda com razões de equidade. Assim sendo, sob certas condições, os mercados competitivos e em equilíbrio caracterizam-se por uma afectação de recursos eficiente, segundo a definição de Pareto, sem necessidade de intervenção estatal (Pereira et al 2005). Esta ideia constitui o fundamento para a intervenção do Estado na economia baseado no critério de eficiência.

Quadro 2 – Tipos de fracasso de mercado e possíveis intervenções públicas

Tipo de Fracasso de Mercado	Tipo de Intervenção Pública (possível)	Exemplos
Bens Públicos	Despesa pública em bens/serviços	Defesa Nacional Iluminação pública
Externalidades (Positiva)	Despesas com subsídios	Subsídios a associações
Externalidades (Negativa)	Impostos	Imposto sobre o tabaco
Concorrência Imperfeita	Regulação	Regulação das telecomunicações através das comunicações de Portugal
Informação Assimétrica	Regulação	Regulação da produção de bens de consumo através do Instituto da Defesa do Consumidor

Fonte – Pereira et al (2005)

Sob o ponto de vista da eficiência, o principal argumento para intervenção do Estado é geralmente a existência de externalidades ou bens públicos, entendendo-se por *externalidade* uma situação onde os efeitos de uma determinada actividade não recaem exclusivamente sobre os indivíduos que a praticam. As externalidades podem ser negativas ou positivas. No que às externalidades negativas diz respeito, colocam-se duas situações possíveis quanto à

necessidade de intervenção do Estado. Por um lado, a solução de Arthur Pigou (1932) que propõe um sistema de impostos que introduza incentivos de acordo com o óptimo de Pareto. Por outro lado, a solução de Ronald Coase que, resistente à intervenção do Estado, sugere que se facilite a actividade privada através da redução dos custos de transacção e o assegurar de direitos de propriedade bem definidos. Segundo Coase (1936), no caso de externalidades negativas, a intervenção do Estado só deve ocorrer se os direitos de propriedade do recurso afectado estiverem mal definidos e o sistema judicial não funcionar de modo adequado. No caso dos direitos de propriedade do recurso afectado estarem difusos, de modo que nenhum indivíduo é considerado responsável, os custos de transacção para processar os culpados serão demasiado elevados, o que justifica a intervenção governamental para induzir a eficiência (Munger, 2000). Mas mesmo na presença de externalidades, a intervenção do Estado só deverá ser considerada nos casos em que os custos resultantes das externalidades sejam simultaneamente superiores aos custos de internalização dos efeitos externos em questão e aos custos de acção estatal.

Bem público é todo aquele que reúne duas características: a não-exclusão e a não-rivalidade. A existência de bens públicos dificulta a sua provisão através do mercado devido ao problema de *free rider*, ou seja, a existência de incentivos para que os indivíduos usufruam do bem sem suportar os seus custos (Pereira et al 2005). Há que distinguir os bens públicos propriamente ditos ou bens públicos puros dos bens semi-públicos. Os primeiros são todos aqueles que se limitam a satisfazer necessidades colectivas (por exemplo, um serviço de profilaxia de doenças contagiosas ou a segurança nacional). Os segundos são bens que satisfazem simultaneamente necessidades colectivas e individuais, como por exemplo, a educação, a saúde, os transportes ou a energia. Os primeiros terão de ser produzidos pelo Estado financiados pelos

impostos e fornecidos gratuitamente, enquanto os segundos, podem ser fornecidos gratuitamente ou a um preço inferior ou igual ao seu custo de produção. Estes bens semi-públicos são tradicionalmente fornecidos pelo próprio Estado, mas admitem a concorrência dos privados. Claro que, em relação aos bens públicos puros, não existirá interesse dos privados na sua produção, porque eles não proporcionam qualquer expectativa de lucro.

De facto, a intervenção do Estado na vida económica e social é controversa. Richard Rose (1984:226) salienta que *“tal como os ideólogos do livre mercado recomendam a privatização como um bem em si próprio, também os colectivistas vêm o aumento do controle do Governo na afectação do produto nacional como um bem em si próprio”*. De um lado temos os defensores do mercado livre que argumentam que a competição é o melhor regulador da economia. O Estado deve abster-se de intervir, pois a sua acção só trará desvantagens para os consumidores e produtores. Do outro lado temos os defensores da intervenção como necessidade de orientação e de regulação do curso da competição, acreditando que o mercado não regulamentado conduzirá a práticas de monopólios ou oligopólios e uma diminuição da qualidade dos bens e serviços.

Moreira (2002) acentua que *“o liberalismo requer que todo o poder, e por isso também o da maioria, seja limitado”*. A igualdade formal pela qual lutam os liberais não é compatível com a noção, impossível de concretizar numa sociedade livre, segundo a qual uma ordem só seria justa se as oportunidades iniciais de todos os indivíduos fossem iguais à partida. Assim sendo, uma sociedade livre requer que a nomocracia prevaleça sobre a teleocracia, ou seja, é necessária a preservação de uma ordem abstracta e independente dos objectivos que está assegurada pela obediência a regras abstractas de conduta justa. É a partir deste princípio que se desenvolve a crítica ao Estado de Bem-Estar, o qual para além de ter

efeitos contraproducentes gera uma economia de interesses que vai minando quer o Estado quer o livre mercado.

Defendendo a necessidade de voltar a valorizar as virtudes tradicionais, a teoria dos direitos naturais e uma ética universal que rejeite o relativismo e a arbitrariedade, Moreira (2002) defende para o Estado um papel essencialmente regulador, por forma a que este garanta o cumprimento das regras do jogo e dessa forma permita o desenvolvimento em liberdade de uma verdadeira Sociedade de Bem-Estar.

4. Estado Liberal

O domínio dos regimes absolutistas durante os séculos XVI e XVII, sobretudo na Alemanha, Suécia, Rússia, Áustria e França, levou a um aumento significativo das funções estatais, acompanhado de um aumento de funcionários e de um aumento da complexidade das funções e tarefas a desempenhar (Kikert e Stillman, 1996). Mas as mudanças sociais do século XVIII, inspiradas na ideologia liberal, representadas na revolução francesa e no liberalismo económico britânico, alteraram o papel do Estado na Europa. Este foi reduzido ao mínimo indispensável para o funcionamento político, a defesa dos direitos individuais, a defesa dos direitos de propriedade, a defesa do liberalismo de mercado (Rocha, 2001). É também nesta altura que a concepção de gestão pública, iniciada pelos cameralistas (no caso Alemão), é substituída por uma lógica mais legalista, com a introdução do direito na gestão pública. Pretendia-se controlar o poder do Estado (com o peso da herança de práticas e hábitos absolutistas) e proteger o cidadão, traçando regras de conhecimento geral e de aplicação universal.

Mas quando se fala em Estado Mínimo ou Estado Liberal está-se a considerar uma situação em que o peso do sector público na economia é mínimo (10 a 15% do PIB) e se resume à provisão de

bens públicos necessários ao bom funcionamento dos mercados (Pereira et al, 2005). O papel do Estado Mínimo é, no essencial, o de assegurar as condições necessárias ao bom funcionamento dos mercados, em particular da provisão de certos bens públicos e fornecer um conjunto de infra-estruturas indispensáveis ao desenvolvimento económico.

No século XVIII, a escola clássica inglesa e, em particular Adam Smith, defenderam um papel mínimo para o Estado. Smith (1776) considerava que existia um sistema de liberdade natural que passava por o “príncipe” (o governante) não interferir com as actividades produtivas da população. A ideia do “*laissez faire, laissez passer*” é que o mercado deve ser deixado funcionar com a mínima interferência do Estado.

Embora a regra fosse o funcionamento do mercado e a excepção a intervenção do Estado, havia casos em que se justificava essa intervenção e todos eles se relacionavam com a criação de condições para o funcionamento dos mercados. Adam Smith (1776) desenvolveu três funções que devem ser atribuídas ao “príncipe”: 1) Proteger a sociedade contra a invasão estrangeira; 2) Proteger cada membro da sociedade contra as injustiças que possam ser cometidas por outros membros e; 3) Fornecer certas instituições e obras públicas que são do interesse público, mas que não serão fornecidas pelo mercado.

Já Robert Nozick (1974), refere que um Estado mínimo, limitado às funções de protecção contra a força, roubo e fraude, e defendendo a implementação de contratos, é perfeitamente justificado, pois qualquer Estado mais alargado violará os direitos individuais das pessoas a não serem forçadas a fazer algo contra a sua vontade.

Entre os autores existem muitas divergências sobre as concepções de Estado Liberal e Estado de *Laissez Faire*, centrando-se a discussão sobretudo nas acções permitidas ao Estado, isto é, em

que medida poderá este intervir na vida social e económica sem pôr em causa as liberdades centrais defendidas por este modelo.

Nos EUA, a evolução do modelo de gestão pública foi distinta. O “sistema de despojos”, que permitia ao partido vencedor nomear os funcionários da administração com base na confiança política, foi substituído em 1883 (*Pendleton Act*) por um sistema que impunha uma selecção criteriosa para a entrada na carreira – sistema de mérito (Rocha, 2001). Genericamente, o modelo de gestão pública, até à década de 40, definiu-se como sendo de Administração Clássica (Rocha, 2001), intimamente ligado à concepção redutora do papel do Estado e à influência de gestão Taylorista (EUA) ou das regras do direito administrativo (Europa Continental).

Assim, o modelo de Gestão Pública que antecedeu o *Welfare State* coincide com o de um Estado Mínimo, que tem uma intervenção sócio-económica muito reduzida, obedecendo ao primado da iniciativa privada e em que todos os seus elementos estão limitados por regras universais e impessoais.

5. Estado Providência (Welfare State)

O *Welfare State* pode ser definido como um Estado que proporciona programas de combate à pobreza, ao desemprego e à exclusão social e que, além disso, leva a cabo uma política que visa a redistribuição dos rendimentos e a igualdade de oportunidades de vida, entre todos os cidadãos (Atkinson, 1996).

Briggs (1961:228) define Estado Providência como: “*Um Estado em que o poder organizado é deliberadamente usado (através da política e da administração) num esforço de modificar o funcionamento das forças de mercado em pelo menos três direcções – primeiro, garantindo aos indivíduos e às famílias um rendimento mínimo independente do valor de mercado da sua propriedade; segundo, diminuindo a extensão da insegurança permitindo aos*

indivíduos e famílias fazerem face a 'contingências sociais' (por exemplo, doença, velhice e desemprego) que levarão, de outro modo a crises individuais e sociais; terceiro, assegurando que a todos os cidadãos, sem distinção de status ou classe, seja oferecido um certo tipo de serviços sociais, aos melhores padrões disponíveis".

Em 1929, o mundo assistiu ao *crash* da bolsa americana. Milhares de títulos perderam o seu valor de transacção, facto que se deveu sobretudo à contínua distorção e especulação entre o seu valor de cotação e à apreciação exacta da realidade da produção.

A crise 1929-1932 subverteu as bases do capitalismo liberal, já que nenhum dos seus métodos tradicionais de relançamento da economia surtiu efeito. Os governos viram-se forçados a intervir na vida económica e social, tendo em vista superar a crise. A partir de então, diversos governos adoptaram uma estratégia mais intervencionista que se pode dividir em duas fases:

- Uma primeira fase caracterizada pela forte restrição ao crédito e pela imposição de protecções aduaneiras.

- Uma segunda fase em que os governos assumiram políticas de relançamento económico que passavam por grandes investimentos públicos, a fim de provocar a recuperação económica e aumentar o número de funcionários públicos, de forma a absorver uma grande quantidade de desempregados. As ideias de Keynes (1936) sobre o papel do governo, começavam a ser postas em prática.

As consequências da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) cimentaram ainda mais a intervenção directa do Estado. Se antes da guerra o controlo directo do Estado sobre os principais sectores económicos e sociais, se fazia e justificava pela preparação para a guerra, depois deste conflito foi necessário levar a cabo um vasto processo de reconstrução dos países. Também para o engrandecimento do Estado contribuíram as nacionalizações efectuadas no Pós-guerra, sobretudo em França e na Inglaterra.

Noutros países, a intervenção do Estado deveu-se a outras questões, ligadas ao subdesenvolvimento, à orientação política e à ideologia. Neste caso, a opção foi no sentido de criar um Estado centralizador e produtor de bens e serviços em nome do bem da colectividade, como na URSS, nos países do antigo bloco de Leste e nos países da América Latina.

O Estado de bem-estar intervém deliberadamente nos mercados, garantindo um rendimento mínimo, permitindo que haja alguma segurança através da cobertura de alguns riscos e fornecendo um conjunto de bens. A construção e o funcionamento de hospitais, de escolas e do sistema de segurança social, assumiram um papel relevante no crescimento económico. Assim, o Estado é uma instituição necessária para alcançar os objectivos de uma sociedade justa (Pereira et al, 2005)

5.1. O Modelo de Gestão Pública

Os anos que se seguiram à Segunda Guerra Mundial foram prósperos ao nível do desenvolvimento económico. Durante este período, e devido ao maior intervencionismo do Estado na vida económica e social, assistiu-se ao crescimento desmesurado da Administração Pública, quer em número de funcionários, quer na criação de novos serviços e/ou organismos.

A intervenção em novas áreas, até então desconhecidas para a Administração Pública, fez entrar nos seus quadros um novo conjunto de profissionais com uma nova cultura. Os antigos funcionários revelavam-se sem capacidade para implementar as necessárias políticas sociais (Rocha, 2001). Está assim consumada a criação de um estado produtor de bens e serviços. Abandona-se a Administração Clássica e passa-se para a Administração Profissional (Rocha, 2001).

O impacto destes novos funcionários qualificados, cuja importância e poder reside nas suas capacidades, conhecimentos e

competências, levanta dúvidas acerca da centralização das decisões no vértice político. Temos a passagem de uma Administração Clássica, para uma Administração Profissional. Detentores de mais conhecimento e informação, os novos funcionários encontram-se numa situação vantajosa perante o poder político, ganhando peso e importância na implementação de políticas públicas (Rocha, 2001).

No modelo clássico optava-se por uma estrutura coesa, concentrada e centralizadora de produção de bens e serviços públicos. No modelo de Administração Profissional, a estrutura organizacional apresenta uma grande dependência do centro operacional, uma redução da tecnoestrutura e uma estrutura administrativa de suporte bastante desenvolvida (Mintzberg, 1983).

Este modelo de gestão pública assenta, em grande parte, no modelo burocrático de Max Weber. O modelo burocrático preconizado por Weber é um pilar da teoria das organizações, entendendo a administração racional, legal e burocrática desenvolvida a partir da questão da legitimidade de autoridade. *"A burocracia de Weber é uma forma de organização humana, que se baseia na racionalidade, isto é, na adequação dos meios aos objectivos que se pretendem alcançar, de modo a garantir a máxima eficiência possível no alcance desses objectivos"*, (Chiavenato, 1993:277).

Todo o modelo europeu de A.P. foi estruturado com base no estudo científico que Weber fez da burocracia, que apresentava as seguintes características básicas: hierarquia; continuidade; despersonalização; e *expertise*. Weber (1947) começa por analisar o binómio Autoridade/Dominação, tipificando três tipos de autoridade, cada um deles baseado numa legitimidade distinta:

- Autoridade Carismática – a legitimidade está assente numa crença de poderes, revelações, qualidades exemplares e factos heróicos do líder. Normalmente depende da personalidade do líder;

- Autoridade Tradicional – a legitimidade está assente num respeito pela herança do passado e no costume que pauta as relações de dominação. Estas são inquestionáveis porque sempre foram feitas dessa forma;
- Autoridade Legal/Racional – a legitimidade está assente em regras definidas como sendo as melhores. A obediência às ordens já não se faz pelo medo à opressão tirana de um líder, mas sim pela crença de que as regras existem para proporcionar bem-estar e harmonia na sociedade.

Nas sociedades modernas, só o Estado é que detém este último tipo de legitimidade para impor coercivamente sanções pelo desrespeito das leis democraticamente estabelecidas. Dentro das organizações, este tipo de autoridade é denominada por burocracia, procurando ser o expoente máximo da racionalidade das organizações. Todo o trabalho e estrutura formal foram pensados para atingir a máxima eficiência. Toda a organização está baseada num modelo de gestão hierárquico.

O modelo burocrático aparece como modelo de organização ideal, próprio da sociedade legal/racional que sucedeu às sociedades do tipo tradicional e carismático. O modelo *weberiano* foi considerado como o método mais eficiente para organizar a actividade do Estado, face ao crescimento e aumento do Estado na produção de bens e serviços públicos a partir da década de 40 do século passado.

Assim, “a razão decisiva para o avanço da organização burocrática foi sempre a sua superioridade técnica sobre qualquer outra forma de organização. O desenvolvimento integral do aparelho burocrático compara-se a outras formas de organização, exactamente como fez a máquina com os modos de produção não mecânicos. A precisão, a velocidade, a evidência, o conhecimento dos registos, a continuidade, a descrição, a unidade, a estrita subordinação, a

redução da fricção e dos custos de material e pessoal surgem no ponto óptimo da administração burocrática” (Weber, 1978:973).

Weber considerava que uma organização ou uma burocracia só funcionariam eficientemente, quando assentes nas seguintes características:

- Exigência de normas e regulamentos predominantemente escritos, que pretendem prever todas as situações;
- Autoridade baseada em disciplina formal, constante de normas;
- Impessoalidade dos actos e das relações entre membros da organização e destes com o exterior;
- Racionalidade na divisão orgânica e individual do trabalho e determinação dos procedimentos, tendo em vista a eficiência;
- Hierarquização claramente definida dos agentes e das unidades orgânicas que os integram, em níveis sucessivos de autoridade e responsabilidade;
- Exigência aos agentes de capacidade técnica adequada ao exercício das respectivas funções (meritocracia);
- Existência do sistema de carreira e retribuição dos agentes segundo escalões fixos e hierarquizados e direito de reforma ou aposentação

Este conjunto de princípios que caracteriza o modelo burocrático *weberiano* teve grande aceitação, pois está projectado para alcançar o controlo e a coordenação do trabalho em organizações de grande dimensão. A fiabilidade e estabilidade deste modelo em relação à prossecução dos objectivos das organizações, e em particular da Administração Pública, foram os factores primordiais para a utilização deste modelo nas reformas em determinada época do século XX. Como salienta Weber (1978) *“uma vez plenamente estabelecida, a burocracia é, dentre as estruturas sociais, aquela que*

é mais difícil de destruir. A burocracia é o meio de transformar a acção social em acção racionalmente organizada"

No entanto, devido à evolução social e às mudanças tecnológicas entretanto operadas, criaram-se novas condições para as quais o modelo *weberiano* não estava preparado. O aumento do envolvimento dos funcionários introduziu alterações nos valores sobre o trabalho, privilegiando-se a participação e autonomia no seu trabalho. Como as organizações públicas não são máquinas, nem os funcionários públicos são apêndices das máquinas, este modelo de organização revelou algumas disfunções (Merton, 1940; Selznick 1945; Gouldner, 1957):

- Centralização excessiva da autoridade;
- Exibição de sinais de autoridade;
- Despersonalização no relacionamento, levando ao empobrecimento da comunicação externa e interna;
- Rigidez e excesso de formalismo;
- Existência de rotinas e resistência à mudança.

No modelo burocrático, a qualidade não é vista como fundamental para obter a eficácia/eficiência organizacional (relação entre os meios utilizados e os respectivos fins), nem o objectivo principal da organização. Neste contexto, este modelo comporta-se como um poder e não como um serviço público. Sendo assim, o poder está concentrado no topo da hierarquia e a autoridade é exercida mediante um conjunto de regras e procedimentos formais. Os dirigentes preocupam-se com a manutenção do sistema e em assegurar as rotinas, dando ordens e impondo regras, ou seja, encaram os seus postos como forma de dirigir as actividades dos funcionários e não como uma forma de influenciar as suas atitudes e actividades.

Neste modelo, os funcionários são vistos como instrumentos passivos capazes de executar as tarefas e desprovidos de poder de

iniciativa, ou seja, estão sujeitos a cumprir ordens e regulamentos, pelo que os seus desempenhos estão estritamente ligados à lógica da obediência. Neste contexto, as suas únicas preocupações estão relacionadas com a defesa e justificação dos seus próprios comportamentos, até porque é aos superiores hierárquicos que têm que prestar contas. Os funcionários adoptam assim uma atitude defensiva e não interventora.

Mediante esta descrição, é evidente a inexistência de uma consciência colectiva no que diz respeito ao serviço, às necessidades do cliente/utente, à cooperação e ao trabalho de equipa. Obviamente que com uma estrutura administrativa deste género, não se pode esperar que os funcionários pensem em qualidade ou produzam com qualidade, uma vez que os dirigentes actuam com indiferença.

Este sistema burocrático de organização nunca funcionou na prática, como se previa na teoria. Segundo Silva (2000), *"entre os diferentes níveis hierárquicos surgem problemas de comunicação, as relações entre os indivíduos são despersonalizadas, a comunicação é formal e distante, a centralização é exagerada, as decisões são tomadas por pessoas afastadas dos problemas, os funcionários encontram-se desmotivados e o enquadramento e identificação com os objectivos das organizações são realidades ainda pouco perceptíveis"*

As consequências das disfunções burocráticas e a sua incompatibilidade com a qualidade na prestação dos serviços públicos são facilmente observáveis:

- A autoridade está subordinada à hierarquia;
- Excesso de formalismo (respeito exagerado pelas normas instituídas);
- Empobrecimento da comunicação em razão do número significativo de níveis hierárquicos;
- Não identificação por parte dos funcionários com os objectivos globais da organização;

- Actuação defensiva por parte dos funcionários;
- Os funcionários estão voltados estritamente para as regras, normas e procedimentos internos, sem se preocuparem com os resultados para os clientes/utentes.

A qualidade é, por estas razões, apontada como o caminho mais seguro para acabar progressivamente com as consequências indesejadas da burocracia. Os organismos públicos que adoptam o modelo Administração Prestadora de Serviços, substituem as preocupações com a aplicação de normas formais e a rotina administrativa, por uma administração orientada para a realização de objectivos.

Desta forma, todos os organismos públicos que seguem o modelo burocrático são obrigados a alterar os seus métodos de gestão, tornando-se mais flexíveis para que possam estar ao serviço dos seus clientes e proporcionar os melhores serviços. Encontram-se igualmente mais voltados para o exterior e para as necessidades dos seus públicos, sendo bem patente a preocupação com a eficácia organizacional. Mas tal só se torna possível se houver o envolvimento de todos os colaboradores, com vista à promoção da qualidade, bem como à satisfação dos profissionais e utentes.

Uma vez que a burocracia existe e está generalizada, o modelo burocrático *weberiano* surge como o quadro de referência a reformar. Contudo, enquanto modelo teórico de organização, encerra em si um conjunto importante de princípios que não podem ser rejeitados, podendo portanto funcionar também como instrumento para a reforma e mudança (Araújo, 1993).

6. Mudanças no modelo de Gestão Pública

O modelo de Estado que começou a ganhar forma com o *New Deal*, impôs-se definitivamente na Europa na fase posterior à

Segunda Guerra Mundial. Fortemente influenciado pelas doutrinas económicas de Keynes, traduziu-se numa intervenção crescente do Estado na vida social e económica e, consequentemente, num aumento da despesa pública. A reforma da Administração Pública que se começou a desenhar em meados da década de 70 do século passado visava resolver a crise do Estado Providência e substituir a Administração Profissional por outro modelo de administração.

Se até finais da década de 80 do século passado, o principal movimento de reforma administrativa foi no sentido da liberalização dos monopólios do Estado e da privatização de vários sectores, a década seguinte apresentou-nos um estado regulamentador nos domínios em que se havia retirado (Canotilho, 2000).

A reforma é organizacional, introduzindo uma nova atitude, uma nova cultura de valores e um novo espírito mais empresarial, mas ao mesmo tempo a reforma é modificadora do papel do Estado, menos intervencionista e mais regulador (Bilhim, 2000).

Hood (1994) utiliza a metáfora do domínio e súbito desaparecimento dos dinossauros, para explicar as rápidas mudanças ocorridas nos modelos de gestão pública. Ao nível da gestão pública, o modelo hierárquico/burocrático foi utilizado e implementado como o mais eficiente e racional, mas também entrou subitamente em colapso em meados da década de 70.

São várias as razões e explicações avançadas para a crise do Estado Providência, como sendo:

- Razões económicas e financeiras

Em meados da década de 70 do século passado, a economia mundial enfrentou um choque petrolífero que levou ao questionar da racionalidade seguida até à data. A subida do preço do petróleo em 300%, numa economia que era dele dependente em cerca de 90%, pôs fim a uma época de crescimento (Lopes, 1996). As políticas Keynesianas,

que tinham resultado em pleno desde o final da Grande Guerra, pareciam não conseguir sustentar uma elevada taxa de desemprego e de inflação.

O ritmo de crescimento económico abrandou precisamente numa altura em que os cidadãos aumentavam as suas solicitações ao modelo do Estado Providência, o que prejudicou a capacidade financeira desse mesmo Estado. Tanto o consumo como a poupança retraíram-se em virtude do menor rendimento dos agentes económicos, o que também condicionou a colecta fiscal.

Estas dificuldades económicas levaram os governos a procurarem novas formas mais eficientes de fornecer bens e serviços, pois o modelo adoptado até então parecia não ter viabilidade económica para continuar a oferecer os mesmos bens e serviços.

Começa então a ganhar forma a ideia que o Estado Providência tem efeitos negativos na correcta evolução da economia. As adversidades do ambiente externo levantaram dúvidas acerca da validade do modelo de gestão pública seguido. Começa a equacionar-se a oportunidade das opções intervencionistas do Estado e a forma como foram geridas (Osborne e Gaebler, 1994). Os primeiros esforços de reforma administrativa focalizaram-se, nalguns países, no saneamento financeiro da Administração Pública, disso sendo exemplo a *Financial Management Initiative* (Reino Unido) e o *Financial Improvement Program* (Austrália) (Barzelay, 2001).

- Razões Políticas e Ideológicas

A vulnerabilidade das opções Keynesianas permitiu que alguns pensadores neo-liberais, dos quais se destaca Milton Friedman (1956), ganhassem protagonismo. A orientação desta ideologia baseia-se sobretudo no recurso à competição e à liberalização do mercado, opondo-se ao desmesurado crescimento do Estado. Assim, a era Keynesiana, que justificava a intervenção directa do Estado, vê-se ameaçada por uma corrente que defende uma redução da

dimensão do sector público, quer através da privatização quer através da desregulamentação.

O surgimento da ideologia do *New Right*, seguida nos Estados Unidos e no Reino Unido, nomeadamente nos executivos de Reagan e M. Thatcher, respectivamente, veio lançar fortes ataques às opções e políticas seguidas pelo Estado Providência.

Segundo Bevir e O'Brien (2001), há três ideias centrais a retirar da actuação do Estado Providência:

- Elevados níveis de gastos públicos prejudicam a economia;
- O nível de gastos é exagerado e insustentável e terá como consequência a bancarrota do sistema. Sendo que parte desses gastos servem para alimentar uma elite burocrática ineficiente e facilmente eliminada pelo mercado;
- Ao optar por um sistema que dá demasiadas regalias e benefícios ao indivíduo sem lhe exigir as devidas obrigações em troca, encoraja uma classe de cidadãos a viverem à custa da sociedade.

Considerando o modelo hierárquico/burocrático ineficiente e uma ameaça à liberdade individual, defendem-se o espírito individualista, os mecanismos de mercado e o estabelecimento de contratos como forma de modelação das relações sociais. Estas máximas conduziram forçosamente a uma redução do tamanho do Estado, à liberalização dos mercados, à fragmentação das unidades do sector público e posterior regulamentação pelas normas da competição de mercado.

Segundo Hood (1991), sobretudo no Reino Unido, concluiu-se que a Nova Gestão Pública se caracteriza pela gestão profissional, não no sentido da gestão dos profissionais, mas na profissionalização da gestão, através da explicitação das medidas de performance,

ênfase nos resultados, fragmentação das grandes unidades administrativas, competição entre agências, adoção de estilos de gestão empresarial e insistência em fazer mais com menos (Rocha e Dantas, 2007).

Em termos de G.R.H., as principais inovações fizeram-se sentir na flexibilidade de fixação de salários, a qual deixa de ser efectuada a nível central para ser feita em cada organização pública, num novo sistema de avaliação do desempenho com reflexos na forma de pagamento e no aumento dos contratados a prazo, sobretudo nos quadros dirigentes e em áreas onde o financiamento não é previsível (Rocha, 2005).

Mas não foram apenas os movimentos de direita a influenciar a reforma administrativa. As forças de esquerda também protagonizaram um papel activo, num movimento ideológico denominado "*New Labour*" ou "Terceira Via". Este movimento ideológico protagonizado pelas forças de esquerda pretende uma reforma da Administração Pública sem a sua necessária aniquilação. Antes procura uma re-orientação de estratégia, de processos de gestão e de estruturas administrativas.

No quadro 3 comparam-se os três modelos de Estado: *New Labour*, *New Right* e Estado Providência. Nota-se uma diferença clara entre uma posição de Estado que deseja a confiança dos cidadãos e assegurar as condições para que haja produção de serviço público, independentemente de quem acaba por ser o verdadeiro produtor (sector privado, público ou terceiro sector) e a opção por um Estado que acredita no correcto funcionamento do mercado e capacidades individuais de cada um.

Quadro 3 – Comparação ideológica entre modelos de Estado

	New Labour	New Right	Welfare
Filosofia	Stakeholding	Individualismo	Companheirismo
Papel do Estado	Possibilita a produção	Serviços Mínimos	Produz
Características organizacionais	Network	Mercado	Burocracia
Natureza das relações	Confiança	Competição	Comando

Fonte – Adaptado de Bevir e O'Brien (2001)

As ideias de reforma trazidas pela Nova Gestão Pública começaram a ser reelaboradas no início dos anos 90 do século passado, agora sob o mote da reinvenção. Osborne e Gaebler (1994) serviriam de base aos recém eleitos Bill Clinton e Al Gore para a formulação de uma nova teoria de reforma do governo. O livro de Al Gore (1996 – versão original de 1994) adota a tese da reinvenção. Este modelo pretendeu romper com o Estado administrador e a sua administração burocrática para dar lugar à administração empresarial. Esta perspectiva continha os conceitos da gestão pela qualidade total, reengenharia e Nova Gestão Pública, rejeitando, no entanto, a privatização de serviços e funções do Estado como principal motor da reforma, como era preconizado pela Nova Gestão Pública.

- Falhas do modelo vigente

A opção pelo Estado Providência mostrou-se desajustada porque permitiu um aumento do poder dos burocratas que, juntamente com os políticos, começaram a utilizar as políticas públicas em benefício próprio, perdendo ligação aos cidadãos e não resolvendo os problemas para os quais este modelo de Estado fora criado (Rocha, 2001).

Tanto os políticos como os burocratas aproveitaram o crescimento da Administração Pública para, respectivamente, maximizar os seus votos e os seus orçamentos e níveis de poder. As políticas públicas variavam conforme os ciclos políticos/eleitorais. Em causa não está o bem-estar das populações, mas sim uma tentativa do aumento de poder (por parte da burocracia) e uma esperança de ser reeleito (por parte dos políticos) (Alves e Moreira, 2004).

As regras treinam os funcionários para uma incapacidade de inovação e de flexibilidade. O burocrata torna-se metódico, prudente e disciplinado. Os funcionários reagem também negativamente e de forma corporativa, a alterações que venham a ser feitas nos seus nichos de poder. Se os Weberianos ficaram impressionados com a eficiência da burocracia comparando-a aos sistemas tradicionais, os economistas ficaram igualmente surpreendidos com a sua ineficiência em relação às estruturas sujeitas a mecanismos de mercado.

7. Conclusão

Verificou-se ao longo deste capítulo que, paralelamente à evolução do tipo de Estado, também o modelo de gestão pública associado evoluiu. O modelo de gestão pública sofre pressões para se adaptar às características de Estado a que está associada.

Desde os regimes absolutistas do séc. XVI e XVII, no seio da Europa central e de leste, que as funções de Estado são crescentes e onde o crescendo de funcionários públicos apresenta-se como uma consequência normal, no processo de gestão da 'causa' pública. Já nessa altura técnicos debruçavam-se sobre os domínios integrados da economia, finanças públicas e segurança pública, na tentativa de desenvolverem os princípios de uma ciência administrativa, o mais eficaz possível na administração dos governos absolutistas.

Num momento posterior, e sob a égide da Revolução Francesa e do liberalismo económico britânico, o papel e as funções do Estado

alteram-se consideravelmente. A ‘mão invisível’ defendida por Adam Smith (1776) representa o assumir de um papel mínimo do Estado, a par da defesa dos valores da esfera privada: propriedade, livre concorrência e liberdade de estabelecimento de contratos individuais pela compra (preços). Assim sendo, ao invés da concepção anterior, defende-se uma atitude menos intervencionista do Estado.

Até ao aparecimento do Estado Providência, o papel do Estado é mínimo, sendo a capacidade de intervenção socio-económica muito reduzida, sempre apoiada nos princípios da iniciativa privada. Com a crescente intervenção da Administração Pública, de que o ‘*Sistema de Despojos*’ foi exemplo, o caminho trilhado, nos EUA, é o da empresarialização, com consequente abertura do mercado e respectiva desregulação estatal.

A Administração Científica defendida por Taylor (1912) apoiava-se numa metodologia analítica aplicável a qualquer tipo de gestão (pública ou privada), na medida em que o objectivo central passava por conseguir uma gestão eficiente e aumentar consecutivamente a produtividade dos trabalhadores.

Na sequência da depressão económica de 1929 nos EUA e, posteriormente, no pós-guerra, as bases do liberalismo arrefeceram e o enfoque incide no Estado intervencionista. Nessa medida, a economia direccionou-se para a regulação dos investimentos públicos e, em face do volume de trabalhos a levar a cabo, as fileiras da administração continuaram a crescer, o Estado passa a produzir bens e serviços, sendo abandonado o paradigma da Administração clássica e passa-se para a Administração Profissional (Rocha, 2001).

A partir da década de 70 do século passado, em face da conjuntura económica internacional, do enfoque crescente na sustentabilidade das finanças públicas e da passagem do paradigma burocrático para o paradigma administrativo-empresarial, a Administração Pública vê-se a braços com a necessidade de reformas estruturais e do desafio de adequação às regras próximas da gestão

privada: adopção de uma nova atitude, nova cultura de valores, novo espírito empresarial, garantia da qualidade, eficiência, eficácia de resultados e adopção do conceito de cliente para os destinatários dos serviços públicos. Com base nesses pressupostos, volta a defender-se um Estado menos intervencionista e mais regulador da actividade de produção e de prestação de serviços.

Capítulo III – Nova Gestão Pública

1 – Introdução

Os desafios e os novos paradigmas colocados à gestão da Administração Pública levaram a que surgissem em vários países – anos 70/80 do século passado – uma série de iniciativas e experiências no campo da gestão pública. O conceito da Nova Gestão Pública surge como forma de agrupar o conjunto destas iniciativas de reforma e modernização da Administração Pública. Assim, a Nova Gestão Pública vai introduzir diversas alterações à lógica inerente ao modelo burocrático/hierárquico que caracterizava o Estado Providência.

O movimento da NGP surge como um paradigma de reforma e modernização do Estado, disposto a alterar o modelo vigente. O pressuposto inicial era que um Estado que actua em monopólio está à margem dos condicionalismos de mercado, o que lhe permite controlar as ambições dos actores privados, em benefício dos mais desfavorecidos. No entanto, este pressuposto foi subvertido pela organização burocrática que, em prol dos seus interesses, teima em dificultar a acção do Estado, tornando-o moroso, dispendioso e ineficiente (Atkinson, 1996). A ideia a atingir é a formação de uma nova Administração Pública, mais focalizada nas necessidades do cidadão, com novos padrões de eficiência e eficácia, com novas estruturas e com a inclusão de novos parceiros (incluindo privados e organizações sem fins lucrativos).

Mas, as ideias para atingir esse fim não são consensuais. Ideologicamente, a escola da *Public Choice* reconhece a supremacia dos políticos, sustentada na legitimidade democrática, para conduzir a reforma do Estado. Já as correntes gestionárias defendem que o conhecimento técnico dos gestores pode transformar a Administração Pública e aumentar tanto a satisfação como o bem-estar dos

cidadãos. Mas, independentemente das questões ideológicas das várias correntes, os pontos fortes da modernização têm recorrido essencialmente ao:

- Aproveitamento dos mecanismos de mercado;
- Estabelecimento de parcerias;
- Utilização de ferramentas adaptadas da gestão privada;
- Novos estilos de liderança nas instituições;
- Lógica da eficiência no conceito de Serviço Público.

Com esta nova abordagem à Administração Pública, o conceito de Serviço Público ganha outro significado, influenciado pelas limitações impostas pela necessidade da eficiência e pelas mais valias da qualidade e satisfação do cidadão. Torna-se muito mais complexo identificar quando se deve ser eficiente ou quando este objectivo deve ser sacrificado em nome da equidade e da protecção social.

2. A Nova Gestão Pública (*New Public Management*)

A Nova Gestão Pública como modelo de gestão não é fácil de ser caracterizado. A denominação serve sobretudo para identificar os esforços levados a cabo a partir dos anos 70 do século passado para modernizar o modelo de gestão pública.

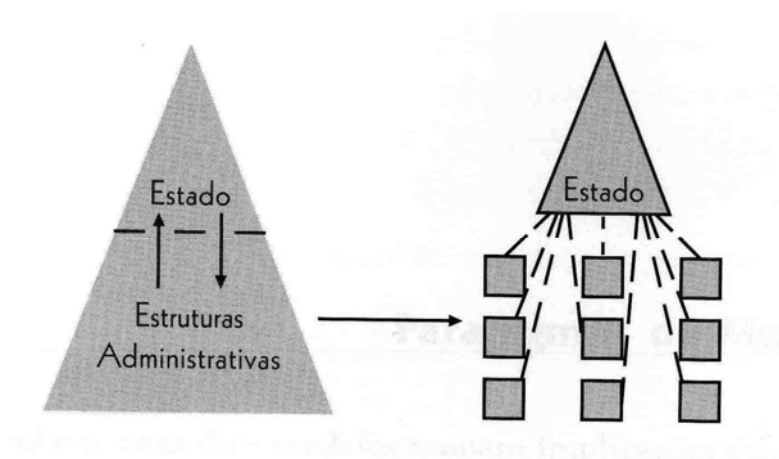
Para Hood (1991) trata-se de um movimento internacional baseado na insatisfação com o modelo de gestão adoptado pelo Estado Providência e com as crescentes cargas fiscais sobre os cidadãos. Sendo assim, a Nova Gestão Pública pode ser definida como um conjunto de práticas gestionárias ligadas à introdução de mecanismos de mercado e à adopção de ferramentas de gestão privada para solucionar os problemas de eficiência da gestão pública.

As estratégias à aplicação da Nova Gestão Pública variam conforme os países (diferentes realidades e diferentes concepções de Estado). Cada país acaba por seleccionar as componentes conforme

as suas preferências: é um modelo de reforma "*a la carte*" (Pollitt et al, 1998). Por exemplo, nalguns casos, a reforma administrativa, sob a denominação de *reinventing government* (versão americana), empenhou-se na empresarialização do Estado e na libertação dos funcionários de um mau sistema de gestão (Osborne e Gaebler, 1994). Noutros casos, a reforma envereda pela pura privatização e pelo confronto com os sindicatos e funcionários da Administração Pública (Barzelay, 2001). Mas seja em que caso for, denota-se sempre uma crítica e um afastamento do modelo de gestão seguido pelo Estado Providência.

Pode afirmar-se que esta adopção da Nova Gestão Pública passa por duas fases. A primeira, ocorrida durante os anos oitenta do século passado, em que a preocupação é aumentar a eficiência. Aqui, a reforma orientou-se sobretudo para a diminuição do défice do modelo burocrático e melhoramento da gestão orçamental. Há autores que denominam este período por neo-taylorismo (Pollitt, 1996). A segunda fase baseia-se sobretudo na introdução do conceito de mercado. É basicamente esta fase que fica conhecida por Nova Gestão Pública e que se traduz na mudança de um Estado hierárquico para um Estado Gestionário (Figura 1). Tal mudança não significa, no entanto, que o Estado tenha abandonado as políticas sociais; simplesmente deixa de as produzir, passando a ocorrer a separação do Estado financiador / prestador de serviços (Rocha e Dantas, 2007)

Figura 1 – Estado Administrativo vs Estado Gestonário



Fonte – Rocha e Dantas, 2007

A NGP baseia-se então na introdução de mecanismos de mercado e na adopção de ferramentas de gestão privada para solucionar os problemas de eficiência da gestão pública. Pretende-se um modelo com mais gestão e menos administração, ou seja, substituir os administradores da administração profissional por gestores profissionais (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald e Pettigrew, 1996). Apesar de serem termos que podem ser utilizados como sinónimos, neste contexto são utilizados com algumas diferenças. Administrar é utilizar um conjunto de normas para regulamentar a produção e definir metodologias de acção, tendo em vista um determinado resultado. Gerir é a utilização racional de recursos em função de um determinado projecto ou de determinados objectivos, é a conciliação de opiniões divergentes, é resolver problemas, é orientar. Administrar tem uma conotação mais passiva, uma actividade que tem por objectivo atestar a conformidade das acções com o previsto. Gerir é enfrentar as adversidades e ser capaz de construir soluções para cada problema (Carvalho, 2001).

Para Pollitt (1996), a melhoria de desempenho procurada pela N.G.P. assenta em oito elementos:

- Redução de custos através de uma maior transparência na produção;

- Desagregação do sector público e introdução de uma nova tipologia de relações organizacionais baseada nos contratos;
- Separação de responsabilidades entre o promotor/financiador e o produtor de bens e serviços;
- Introdução de mecanismos de mercado;
- Introdução de uma nova lógica na gestão dos recursos humanos, mais semelhante à praticada no sector privado;
- Maior ênfase na qualidade do serviço.

Em muitos casos, a introdução da Nova Gestão Pública levou à privatização de serviços detidos pelo Estado e, noutros casos, à sujeição à lógica concorrencial do mercado. Com esta desagregação da Administração Pública tradicional verifica-se a separação entre a responsabilidade de promover e financiar bens e serviços públicos e a responsabilidade de produzi-los. Osborne e Gaebler (1994) utilizam a metáfora do navio para dividir as funções entre o governo e as agências produtoras. O comandante do navio tem a responsabilidade de estar ao leme e dirigir a embarcação ao seu destino. Significa isto que ao governo estão reservadas tarefas de direcção, planeamento e avaliação, cabendo-lhe também a responsabilidade de estabelecer e gerir as parcerias para que as agências possam remar, isto é, produzir.

Com a fragmentação do sector público e o recurso ao "*contracting out*", os sindicatos começam pouco a pouco a perder a sua capacidade interventiva e reivindicativa (Ascher, 1987). As negociações anuais deixaram de ser um diálogo directo com o governo, passando a dividir-se em reuniões e negociações com as agências entretanto criadas.

Mas a maior autonomia das agências, aliada à entrada de novos actores na gestão pública, está a levantar uma outra questão: O crescente défice democrático da Administração Pública, retomando a metáfora de Osborne e Gaebler (1994), pode levar-nos a esquecer

quem é o dono do barco (Denhardt e Denhardt, 2000). À medida que foram implementados programas para melhorar a eficiência e a eficácia, assistiu-se a um decréscimo de legitimação do poder. Ou seja, o elemento político eleito democraticamente viu o seu leque de competências ser transferido para o elemento económico.

3. Modelos e diferentes correntes da Nova Gestão Pública

Ao operacionalizar a NGP, Ferlie, Ashburner, Fitzgerald e Pettigrew (1996) sugerem quatro modelos diferentes, de forma a distanciarem-se da concepção tradicional de Administração Pública.

- Focalização na Eficiência

Visão muito negativa do modelo burocrático de administração profissional construído durante o Welfare State, sem referência à motivação de trabalhadores e bastante despesista, a par da rede elevada de procedimentos burocráticos de actuação. Nessa medida, o objectivo passa pelo saneamento económico e financeiro da administração pública e pela aproximação do sector público ao sector privado.

O que orienta a reforma é o conceito de eficiência medido economicamente. A Nova Gestão Pública concede primazia ao controlo e saneamento financeiro e aos ganhos de eficiência. As funções da gestão ganham relevância e carecem de uma atenção profissional e especializada. A profissionalização da gestão traz implícita a responsabilização dos produtores de bens e serviços públicos perante os consumidores. Os mecanismos burocráticos de controlo cedem o seu espaço às auditorias externas.

Este modelo é criticado pela atitude excessivamente “economicista”, condicionando as despesas de investimento consideradas como basilares para o crescimento e desenvolvimento económico. De qualquer forma, permitiu controlar a despesa pública,

mas a administração pública continuava demasiado grande e demasiado lenta a responder a estímulos externos.

- Ênfase na Descentralização

Numa tentativa de inverter o quadro económico-organizacional da administração pública, defende-se a divisão da administração em unidades mais flexíveis e a orientação/concentração destas unidades em operações específicas. As organizações burocratizadas, hierarquizadas e impessoais, dão lugar a organizações mais flexíveis, mais maleáveis, mais adaptáveis e mais voltadas para os interesses dos utilizadores.

O modelo sustenta a tese das organizações de menor dimensão, favorece a especialização na produção, liberta o governo do ónus da produção de bens e serviços públicos. Com a fragmentação e liberalização do mercado, a eficiência era reclamada devido às melhorias das práticas de gestão. A par da possibilidade de através de contratos garantirem uma gestão e um controlo mais objectivo das organizações. Daí ser premente e desejável o desenvolvimento de condições para a emergência de um serviço de qualidade na administração pública.

- A procura da excelência

Por contraponto aos modelos anteriores, que enfatizam uma abordagem externa da administração pública, este tenta alterar tanto as práticas como o sistema de valores e de rituais da organização, ou seja, promover o desenvolvimento organizacional a partir de dentro. A modernização administrativa não deverá ser imposta, mas interiorizada e desejada por todos os elementos. A alteração da cultura organizacional é considerada mais decisiva e geradora de mudança do que qualquer controlo hierárquico.

A Nova Gestão Pública defende, a par da adopção da gestão da qualidade total, a gestão de excelência. A gestão da qualidade total

pretende ser uma filosofia de gestão direccionada para o consumidor final. A era da produção em massa encontra-se ultrapassada, na medida em que as preferências do consumidor são diárias e o mercado está extremamente segmentado.

É aqui que surgem as agências da administração pública, dotadas de maior autonomia e sujeitas às condicionantes de mercado e que assumem a aposta da diferenciação pela qualidade: serviço prestado, celeridade na resposta e eficácia na satisfação do 'cliente'. Esta nova cultura organizacional contrasta com práticas da administração pública viradas para dentro, para os seus objectivos e metas muito pouco abertas e receptivas a melhorias por via externa (cidadãos).

- Orientação para o serviço público

No modelo mais recente, o mecanismo de mercado é aceite, mas com as devidas adaptações à noção de serviço público. Existem práticas e ferramentas da gestão privada adoptados, mas com as devidas adequações ao sector público: a administração pública não é uma empresa, apesar de poder ser gerida de forma similar. Os principais paradigmas do modelo são:

- A promoção da qualidade no sector público;
- A construção de um conceito mais enriquecedor de cidadania;
- Maior poder aos elementos eleitos;
- Algum cepticismo perante as valências oferecidas pelas soluções de mercado.

Nessa medida, e por intermédio de um Estado evolutivo, são introduzidas melhorias de gestão e dos níveis de eficiência da Administração Pública através da adopção de Parcerias Público-Privado. Cai por terra o papel de produtor e emerge o papel de regulamentador. A qualidade assume-se como ponto necessário para afastar os receios de um serviço público confiado aos privados ou a

públicos instruídos para agir como tal. O cidadão recupera a posição central na dinâmica dos serviços públicos, acabando por preferir, em determinadas situações, mais equidade em detrimento de eficiência.

Acima de tudo, a Nova Gestão Pública oferece abordagens inovadoras, integradoras de componentes organizativas resultando, dependentemente da realidade em questão, pelo menos na parte da solução e da corrente ideológica adoptada. Ao nível da reforma administrativa, a Nova Gestão Pública realiza uma combinação entre duas correntes ideológicas distintas (Hood, 1991).

Por um lado, o '**free to choose**', defendido pela *Public Choice*. Por outro lado, o '**free to manage**' da escola *managerialista*, que advoga o modelo actual acrescentado de novas regras, mais liberdade e maior responsabilização da gestão. Defende a manutenção da intervenção estatal, mas pautada por um espírito de eficiência e eficácia económica, a par da adopção de mecanismos de gestão privada no seio da gestão pública (Jackson, 1990).

3.1. Teoria da Escolha Pública (*Public Choice*)

A *Public Choice* procura evidenciar a necessidade do respeito pela vontade manifestada pelos cidadãos no processo de decisão. Aqui, a questão central é a satisfação dos interesses dos cidadãos, pelo que as instituições deveriam adequar o seu formato aos objectivos pretendidos.

Existem dois tipos de personagens no processo administrativo, os burocratas e os políticos. A motivação que move os burocratas é o aumento dos orçamentos e o que move os políticos é o número de votos. O que surge daqui é uma superprodução de serviços, muito além do que é procurado pelos cidadãos. Ressalta deste modelo o perfil do burocrata, movido pelos seus próprios interesses e nunca preocupado com o bem comum (Rocha e Dantas, 2007).

A teoria assume uma posição crítica relativamente à burocracia, defendendo a reposição do primado dos políticos. O funcionário

burocrático é o agente que enviesa a vontade popular. A reforma deverá incidir na centralização das decisões, num maior controlo e coordenação dos políticos sobre os burocratas (Araújo, 1993; Rocha, 2001).

A teoria da escolha pública reconhece ainda no mercado a qualidade de reflectir, de forma mais eficiente, as preferências do cidadão. Assim sendo, defende a destruição dos modelos organizativos tradicionais, assentes em hierarquias e monopólios públicos.

Como no moderno Estado Administrativo se verifica que os políticos perderam muito do seu poder para os burocratas, esta linha de reforma implica o controlo da burocracia por parte do poder político. Enfraquecendo-se o poder da burocracia e reduzindo-se o tamanho do sector público através da desregulação da economia. Esta reforma de Estado também supõe o reforço das decisões centrais e dos instrumentos de decisão política.

A aposta está na desagregação do poder burocrático e na consolidação do poder político no processo de regulação da produção de bens e serviços públicos. Através dos contratos geridos pelos políticos e agindo em mercado concorrencial, os interesses dos cidadãos poderão ser mais facilmente respeitados e satisfeitos. Em consequência destas orientações de reforma, temos um Estado forte, uma Administração Pública minimalista e um controlo apertado do poder político sobre os burocratas, passando estes a responder perante os políticos e não perante os cidadãos (Rocha e Dantas, 2007).

3.2. A Escola *Managerial* (Gestionária)

Por outro lado o *Managerialismo* insiste na separação da fronteira entre a política e a gestão no seio da Administração Pública, já preconizada por Wilson (1887) e referida no ponto 2 do capítulo II.

A gestão pública deveria ter como objectivo executar, da maneira mais eficiente, as decisões e as políticas públicas definidas.

A escola gestionária aposta na recuperação, modificação e aproveitamento das organizações existentes, ao invés da teoria da escolha pública, que parte para uma destruição das organizações existentes. Centra-se na aproximação das práticas da Administração Pública à gestão privada, com alterações ao nível do *modus operandi* do sector público (Pollitt, 1996).

Aqui não há lugar a qualquer superioridade da gestão privada sobre a pública, mas tão-somente o reconhecimento de que alguns instrumentos de gestão permitidos ao sector privado deveriam ser acolhidos pelo sector público, por beneficiarem a eficácia e o desempenho económico.

A perspectiva gestionária mostra-se sobretudo incompatível com formalismos e práticas burocráticas e administrativas, procurando melhorar a utilização de recursos a par da tónica na eficiência por parte do gestor e da confiança e responsabilidade política e cívica. Por parte do político não basta ter confiança política é necessário cumprir os objectivos organizacionais identificados pelos indicadores de desempenho.

O objectivo pretendido é deixar os gestores gerir, dar-lhes liberdade de acção e evitar a intromissão da política em questões económico-financeiras (Van Gramber e Teicher, 2000). Assim, modificam-se as configurações organizacionais da AP, as estruturas tradicionais dão lugar a estruturas com uma lógica de acção diferente (Quadro 4).

Quadro 4 - Comparação entre as agências da NGP e as tradicionais estruturas burocráticas

<i>Estruturas tradicionais</i>	<i>Agências Competitivas</i>
Ênfase no cumprimento das normas	Ênfase na eficiência
Actuam num ambiente de monopólio	Actuam num mercado de livre concorrência
Estrutura hierárquica	Sistema orgânico – virado para o cliente
Ênfase na estabilidade e previsibilidade	Ênfase da adaptação e na inovação
Competição limitada entre agências	Competição entre agentes públicos e privados
Ênfase na política	Ênfase na produção dos bens e serviços públicos

Fonte: Adaptado de Araújo, 2006

A necessidade do cumprimento das regras passa a ser uma questão secundária, superada pela visão da escola gestionária de eficiência e eficácia económica. A gestão pública tem de ser capaz de solucionar problemas semelhantes aos que são colocados à gestão privada. A produtividade, a necessidade de financiamento, a motivação dos recursos humanos, a capacidade de liderança, a qualidade dos seus produtos e serviços, a satisfação do cliente, entre outros aspectos, são relevantes para os teóricos e práticos da Nova Gestão Pública.

A teoria defende o controlo da burocracia pela política, não pela eliminação ou ataque ao Estado intervencionista, mas pela assunção de responsabilidades. A melhor maneira de motivar a elite burocrática e praticar a boa gestão é precisamente responsabilizar o gestor público pelo desempenho obtido.

4. Actual Reforma da AP em Portugal

A RCM nº 95/2003, de 30 de Julho, deu início à definição das grandes linhas orientadoras da reforma da AP, tendo como objectivos essenciais os seguintes:

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

- Prestigiar a AP;
- Racionalizar e modernizar as estruturas;
- Reavaliar as funções do Estado;
- Promover uma cultura de avaliação e responsabilização.

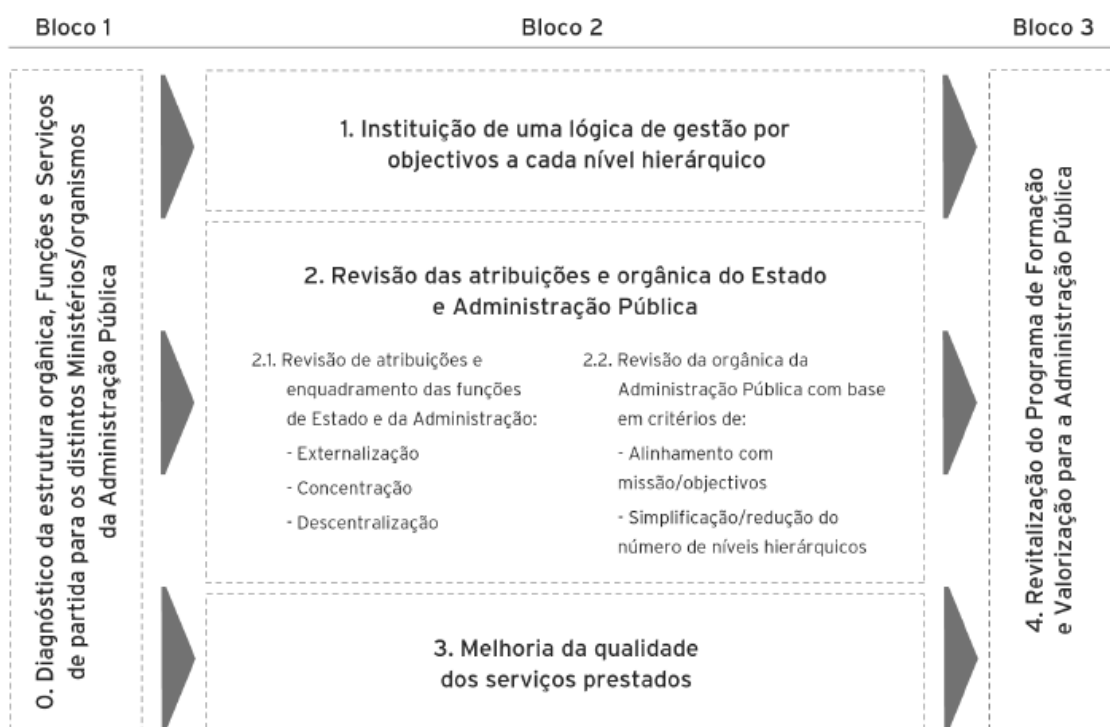
Desde então, foram publicados vários diplomas destinados a implementar o novo modelo de gestão. O Quadro 5 mostra alguns desses diplomas. Mas a partir da RCM nº 53/2004 de 21 de Abril é que se começa verdadeiramente a operacionalizar a reforma, estabelecendo-se como grande matriz de mudança a Gestão por Objectivos, integrando também a avaliação dos organismos públicos e a avaliação de desempenho individual. A Figura 2 ilustra a estruturação da reforma.

Quadro 5 – Diplomas destinados a implementar o novo modelo de gestão

Lei nº 1/2004 de 15/01	Altera o estatuto da aposentação
Lei nº 2/2004 de 15/01	Altera o estatuto do pessoal dirigente
Lei nº 3/2004 de 15/01	Lei-Quadro dos Institutos Públicos
Lei nº 4/2004 de 15/01	Estabelece os princípios e normas que deve obedecer a organização directa do Estado
Lei nº 10/2004 de 22/03	Cria o SIADAP
Lei nº 66-B/2007 de 28/12	Revoga a Lei 10/2004
Lei nº 23/2004 de 22/06	Aprova o regime jurídico do CIT da AP
RCM nº 39/2006 de 21/03	Aprova o PRACE
Lei 53/2006 de 07/12	Estabelece o regime comum de mobilidade entre serviços e agentes da AP
Lei 11/2008 de 20/02	Altera a Lei 53/2006
Dec. Lei nº 37/2007 de 19/02	Estabelece a criação da ANCP
Dec. Lei nº 71/2007 de 27/03	Aprova o estatuto do Gestor Público
Lei 12-A/2008 de 21/02	Regime de Vínculos, Carreiras e Remunerações da AP
Lei 58/2008 de 09/09	Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que Exercem funções públicas
Lei 59/2008 de 11/09	Aprova o Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas

Fonte – Elaboração própria

Figura 2 – Estruturação da Reforma

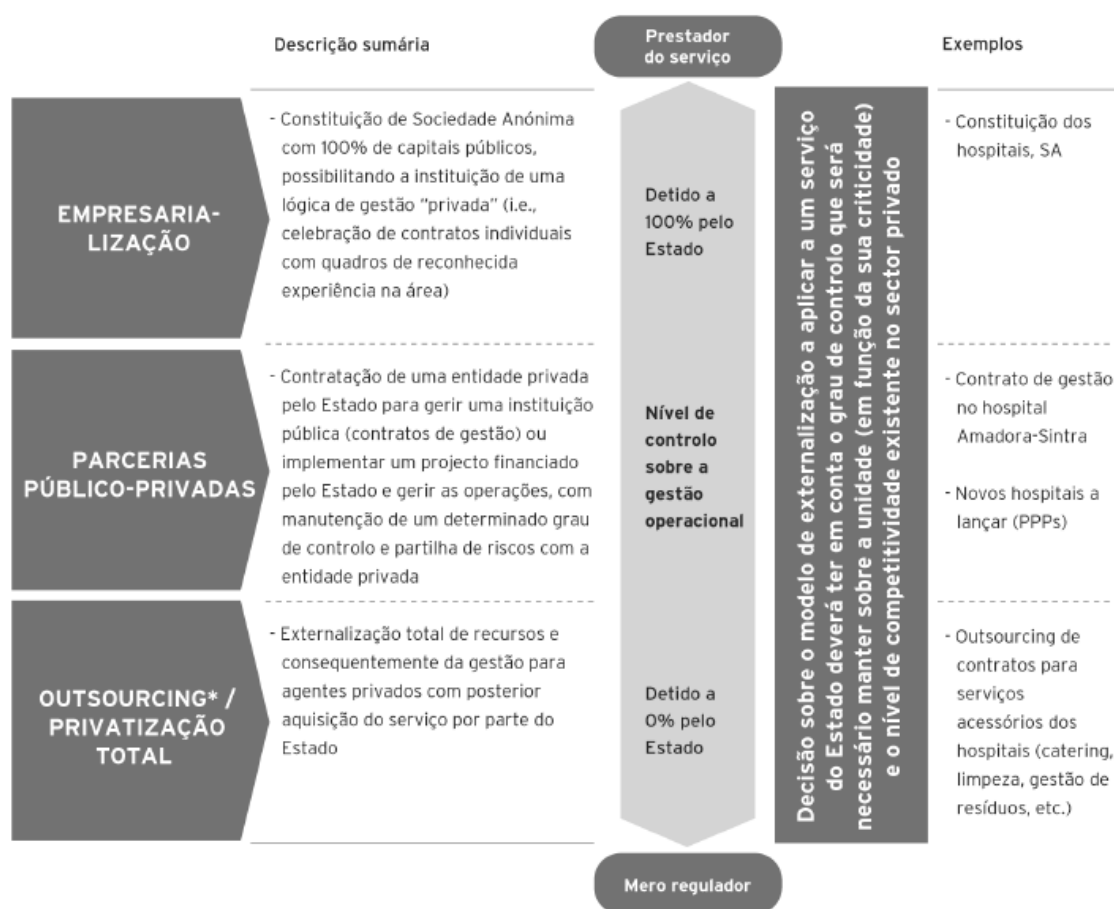


Fonte – RCM nº 53/2004 de 21 de Abril

A primeira fase começa por uma operação de reengenharia do Estado, a qual se processa em três fases (Rocha e Dantas, 2007):

- Análise de funções;
- Selecção das funções a externalizar, concentrar e/ou (des)centralizar;
- Proposta de actuação para as funções identificadas com explicitação do modelo de externalização (figura 3).

Figura 3 – Possíveis Modelos de Externalização das Funções



* Incluindo o outplacement em simultâneo para os RHs em causa

Fonte – RCM nº 53/2004 de 21 de Abril

Após a fase de reengenharia do Estado, passa-se à fase de aplicação da Gestão Por Objectivos aos ministérios. Tal visa sobretudo reduzir a despesa pública, de acordo com o argumento que da aplicação da GPO resultará um aumento de produtividade e eficiência.

Outros dois grandes objectivos presentes nesta reforma são:

- Melhoria da qualidade dos serviços prestados através do desenvolvimento nas instituições de um sistema de gestão da qualidade;
- Formação e valorização dos funcionários, pelo que no relatório de actividades deve constar um plano de formação.

4.1. Gestão da Mudança

O movimento de reforma nascido de reservas quanto à eficiência do sector público não passou ao lado do sector da saúde, particularmente do hospital público, em que assumiu objectivos e modos específicos, das reformas organizacionais, para, na sequência do movimento anteriormente ocorrido noutros domínios, também recorrer entre outras vertentes, à externalização de serviços. O Programa SIGIC no combate às Listas de Espera Cirúrgicas faz parte dessa reforma.

Qualquer reforma, independentemente da área em que pretenda ser implementada, é um processo contínuo, determinado por factores de contexto. A mudança acontece pela procura de novos padrões organizacionais com vista à redução de custos, à melhoria da qualidade ou ainda ao aumento da flexibilidade. A mudança é um fenómeno organizacional amplamente estudado, que levou à elaboração de abordagens fundamentadas no estudo e na análise dos processos de mudança e a reflexões prospectivas, que indicam soluções para alcançar organizações mais capazes de gerir a mudança (Rodrigues, 1998).

No sector da saúde, devido à complexidade dos processos de mudança, torna-se necessário recorrer a modelos conceptuais que orientem a mudança. Kurt Lewin (1948) elaborou um dos mais conhecidos modelos teóricos para a mudança. Este modelo (quadro 6) preconiza, de forma sucinta, que toda a mudança é composta por três fases.

Quadro 6 –Resumo das fases de mudança – Kurt Lewin

Fase	Ênfase	Implicações	A superar
I descongelamento	Criação de motivações para a mudança	Diminuição da força dos valores e dos comportamentos vigentes	Resistência
II mudança	Introdução de novos valores e comportamentos	Novas fontes de informação e reestruturação cognitiva	Falta de motivação
III congelamento	Estabilização da mudança	Consolidação emocional e cognitiva	Tempo variável

Fonte – OPSS (2008)

Já para Walt (1998), a mudança sofre influências dos factores contextuais, como o compromisso político, as tensões internacionais, o bem-estar económico, a natureza das instituições políticas, e por vezes, a força da cultura e da religião.

Na saúde, como em qualquer outra área, os conflitos de interesses entre políticos, profissionais e o público requerem uma análise séria, pois em caso de discordância com os objectivos da mudança, podem surgir resistências.

A mudança é ainda influenciada pelo poder dos actores intervenientes, quer sejam governamentais (políticos, burocratas), não governamentais (profissionais), grupos de interesses entre outros. Já o cidadão terá tanto mais poder de influência quanto mais sofisticada for a sociedade.

Tuoty (1999) defende que as mudanças em saúde são resultantes de opções políticas tomadas em determinados momentos, para o que contribuem as relações entre os profissionais e o Estado.

O novo institucionalismo é o modelo teórico preconizado por Oliver e Mossialos (2005) para explicar a mudança no sistema de saúde. Este modelo teórico divide-se em três partes:

- Institucionalismo histórico,

- Institucionalismo das escolhas racionais,
- Institucionalismo sociológico.

O institucionalismo histórico encara a mudança como sendo o resultado do conflito de interesses em que as instituições se desenvolvem a favor de uns grupos, em detrimento de outros.

O institucionalismo das escolhas racionais é influenciado pela teoria dos jogos. Todos os actores defendem as suas preferências, tentando maximizar a sua satisfação.

O institucionalismo sociológico defende que a mudança é influenciada pelas instituições, pois estas influem sobre as preferências individuais dos actores.

Estas três formas de institucionalismo apresentadas por Oliver e Mossialos (2005) devem interagir, pois só assim será possível uma correcta percepção da mudança.

Kotter (2000) defende que os casos de mudança bem sucedidos que estudou, permitiram compreender as causas porque inúmeras tentativas de mudança fracassam. A mudança nem sempre é fácil de ser operacionalizada em termos reais porque:

- A gestão da mudança é difícil e complexa;
- As resistências são muitas e bem estruturadas;
- A governação não possui instrumentos suficientemente influentes, tem pouca capacidade de direcção estratégica, subestima as resistências e dificuldades da mudança e sofre descontinuidades frequentes;
- Quem lidera a mudança não consegue manter frequentemente a coerência no discurso e na acção;
- Quem está no terreno nem sempre entende a lógica subjacente ao que está a acontecer e acaba por ter uma percepção pouco coerente, por vezes até caótica, do processo de mudança.

Figura 4 – Atitude perante a mudança



Fonte – OPSS, 2005

Produzir mudança envolve 80% de liderança (estabelecer uma direcção, alinhar, motivar e inspirar as pessoas) e 20% de gestão (planear, orçamentar, organizar e resolver problemas). Infelizmente, na maior partes dos processos de mudança estas percentagens encontram-se invertidas (Kotter, 2000). Isto acaba por demonstrar que é necessário e premente investir em bons líderes.

Não existindo um conceito único de liderança, os autores são unânimes em reconhecer que a liderança envolve um processo de influência social. A forma como é exercida e os meios que utiliza para exercer influência sobre os liderados são as diferenças encontradas entre os vários teóricos.

Entende-se por liderança, de uma maneira geral, a capacidade de influenciar os outros numa dada direcção. Esta capacidade implica a posse de determinadas características.

Stogdill (1948) contrariou a abordagem ao estilo de liderança baseado nos grandes líderes, pois na sua análise encontrou 120 traços característicos de liderança.

Lewin (1948) procurou definir padrões de comportamento no estudo dos líderes. Distingui três tipos de comportamento de liderança:

- Autocrático
- *Laissez-Faire*
- Democrático

No entanto, nos anos setenta, os teóricos da gestão baseados na teoria da contingência começaram o desenvolvimento de uma nova abordagem. Defendem que não existe o *one best way* de liderança (Rocha, 2005). O estilo mais adequado depende de vários factores, como sendo:

- Complexidade do ambiente,
- Natureza das tarefas desenvolvidas,
- Tamanho da organização,
- E outras variáveis.

Dentro da teoria situacional, a versão mais popular é o modelo de Blanchard e Hersey (1982), que para além das dimensões tradicionais (orientação para as pessoas e produção), introduz também a maturidade dos subordinados. Esta dimensão influencia o comportamento do líder. Nesta teoria conclui-se que não existe na realidade uma forma óptima de liderança e que os líderes bem sucedidos são aqueles que conseguem adaptar o seu comportamento às situações, e sobretudo, aos seus colaboradores.

Um dos grandes equívocos está em confundir liderança e gestão, ou segundo a terminologia da A.P., liderança e direcção. A liderança é sobretudo um processo cuja finalidade é mudar as coisas, isto é, os sistemas, as estruturas e os métodos de trabalho. Trata-se de influenciar os outros de modo a conseguir que estes façam o que o líder pretende. Enquanto a gestão visa, mantendo o sistema existente, produzir resultados relevantes (Kotter, 2000).

Resumindo, a direcção é um processo muito formal e rígido, enquanto a liderança é representada pela capacidade em inovar e entusiasmar os outros em torno de projectos partilhados (Carapeto e Fonseca, 2006).

5. Conclusão

Em síntese, a Nova Gestão Pública tenta inculcar na Administração Pública um espírito reformista ao nível da modernização administrativa e que passa por:

- Recorrer a mecanismos de mercado e Parcerias Público-Privado;
- Focalização na eficiência económica – mais capacidade para corrigir a ineficiência e melhor aproveitamento de recursos;
- Focalização nas relações com o cidadão, encarado como cliente que tem de ser satisfeito;
- Novos gestores públicos – profissionais da gestão pela legitimação e não por nomeação a par da devida autonomização da gestão dos restantes profissionais;
- Novas configurações organizacionais, mais coesas e individualizadas segundo o seu objectivo, segmentando a administração pública de maneira a favorecer a especialização;
- Novas relações inter-organizacionais estabelecidas por contratos e cujo controlo se realiza por medidas de desempenho pré-definidas.

Esta reforma da AP visa sobretudo solucionar o problema orçamental, através da diminuição dos gastos em políticas sociais, ou desfazendo-se da despesa pela entrega ao sector privado e à lógica de mercado, pois o interesse são os ganhos sem questionar a universalidade dos direitos, isto sobretudo em áreas como a educação, saúde e segurança social. Por exemplo em Portugal, o

número de funcionários afectados às políticas sociais (segundo os últimos censos) rondam aproximadamente 70% do pessoal da Administração Pública Central (Rocha e Dantas, 2007).

Rocha e Dantas (2007:124) afirmam que esta reforma é quase uma cópia fiel da reforma iniciada nos anos 80 do século passado por Margaret Thatcher na Grã-Bretanha, em que o objectivo (embora camuflado) é sem dúvida a diminuição da despesa pública e o Estado que se pretende é um Estado neo-liberal e não um Estado gestor.

Capítulo IV – O Sistema de Saúde – Passado e Presente

1. Criação e Evolução dos Sistemas de Saúde

Os sistemas organizados de saúde tiveram o seu início nos finais do século XIX com a revolução industrial, associados, em regra, a três factores:

- Um grande número de trabalhadores envolvidos em obras era vítima de acidentes de trabalho, mas também de devastadoras doenças transmissíveis. Isto preocupou deveras governos e empregadores, sobretudo pelas perdas de produtividade.

- O impacto de doenças no ambiente das guerras. Várias guerras da altura demonstraram que os soldados sucumbiam mais devido a doenças, do que propriamente dos combates propriamente ditos

- A intervenção política crescente de movimentos socialistas na Europa induziu alguns governos, a retirar aos sindicatos a gestão, dos da altura nascentes, seguros de doença.

Um dos governos induzidos pela intervenção política foi o de Bismarck na Alemanha. Em 1883, a Alemanha adoptou uma lei, à data inovadora, que obrigou os empregadores a contribuir para um esquema de seguro-doença em favor dos trabalhadores mais pobres. Num segundo momento, essa lei foi alargada a trabalhadores com rendimentos mais elevados. Foi este o primeiro exemplo de um modelo de segurança social imposto pelo Estado. Este movimento, numa fase ainda mais posterior, levou à criação de um sistema de seguros obrigatórios, pagos por contribuição quer dos empregadores, quer dos trabalhadores. Aqui os direitos adquirem-se pelo trabalho e pelas contribuições regulares, os quais geram, por reciprocidade, benefícios, imediatos ou deferidos (Simões, 2004).

Este tipo de modelo conduziu outros países a adoptarem uma lei semelhante. A própria Grã-Bretanha que, nos inícios do século XX,

viria a constituir um novo modelo com base numa maior intervenção do Estado, adoptou, a partir de 1911, um sistema de financiamento dos cuidados de saúde através das cotizações dos trabalhadores em favor de mútuas que se responsabilizavam pelo pagamento aos prestadores.

Sem dúvida que nos finais do século XIX, inícios do século XX, o modelo de segurança social Bismarckiano, teve um grande impacto nos países europeus, mas também nos EUA (Mishra, 1995).

A Segunda Guerra Mundial, que levou à destruição de muitas das estruturas de saúde existentes, também permitiu repensar o papel do Estado na organização dos cuidados de saúde. Perante o ambiente de guerra, o sentimento solidário do povo britânico conduziu à aceitação e defesa de políticas igualitárias e à intervenção determinante do Estado.

O relatório Beveridge, de 1942, cria as condições necessárias à criação de um sistema viável de segurança social na Grã-Bretanha. O relatório intitulado *“Social Insurance and Allied Services”* centra-se na existência de um Estado interventor, que deve encontrar respostas para as diversas situações de risco social e é, desse ponto de vista, um sistema mais completo do que o de Bismarck. Pretende cobrir todos os riscos desde a nascença até à morte, passando também pelas situações de exclusão social. Trata-se pois, de um sistema universal, porque abarca toda a população (Simões, 2004).

Embora os desenvolvimentos passados na Grã-Bretanha fossem sobretudo de índole local, o surgimento do Estado-Providência de Keynes-Beveridge no pós-guerra, também teve um forte impacto a nível europeu (Mishra, 1995).

O desenvolvimento dos sistemas de segurança social, e em particular os de saúde, no mundo, tiveram como base estes dois modelos – o *bismarckiano* e o *beveridgeano* – ora sofrendo mais influências de um ou de outro e noutros casos da combinação de ambos. Por exemplo, nos EUA, depois da crise de 1929, o *New Deal*

do Presidente Roosevelt inspirou a criação de um sistema de segurança social que ainda hoje persiste, embora a parte da criação de um sistema público de saúde universal tenha fracassado e continuou a fracassar em tentativas posteriores, com os Presidentes Truman, Johnson, Nixon e Clinton (Gouveia e Pereira, 1997).

Hoje em dia, os sistemas de saúde ainda se baseiam de alguma forma, nestes dois modelos, ou seja, obrigando empregadores e empregados a descontar para seguros de doença. No caso do modelo *bismarckiano*, há uma combinação de prestadores públicos e privados, ao passo que no caso do modelo *beveridgeano*, o sistema assenta essencialmente em receitas fiscais e em serviços públicos.

2. O Papel do Estado na Saúde em Portugal

O movimento de reforma nascido de reservas quanto à eficiência do sector público não passou ao lado da saúde, particularmente do hospital público, em que assumiu objectivos e modos específicos, das reformas organizacionais, para, na sequência do movimento ocorrido na Administração Pública em geral, também recorrer aos novos métodos e processos de gestão.

Portugal passa actualmente, e desde a década de 80 do século passado, por uma fase profunda de alteração do papel do Estado na economia. O problema do peso do Estado e seu efeito nefasto tem comandado o debate em torno não só da eficácia (entendida como o principal objectivo na intervenção do Estado), como também, e sobretudo, a eficiência com que o Estado é capaz de concretizar as tarefas que se propõe levar a cabo.

A execução de tarefas pelo Estado, que poderiam ser efectuadas por privados, tem tornado ainda mais relevante a questão da eficiência. Há autores que defendem a exclusão do Estado na prestação directa de alguns serviços, pois só assim será possível combater o aumento da despesa pública.

Para Moreira (2004), a saúde reúne as características de rivalidade e possibilidade de exclusão no consumo, sendo por esse motivo considerada como bem privado. O monopólio estatal na provisão desse bem é questionável, sendo que o autor defende a abertura deste domínio a privados relegando ao Estado (no máximo) o papel de financiador e regulador do sistema.

Porém, há bens que sendo na sua essência bens privados, podem adicionalmente considerar-se bens de mérito. Aqui, o Estado não pode considerar-se meramente contratualista de forma a fornecer bens públicos, corrigir externalidades ou mesmo redistribuir rendimento, mas também tem que ser um pouco “paternalista”, agindo como um “pai” sobre os indivíduos em certas esferas do consumo. A provisão gratuita, ou tendencialmente gratuita, de bens classificados como meritórios (como sendo na saúde) é indispensável ao bem-estar individual e social e é uma das razões para a intervenção pública (Pereira et al, 2005).

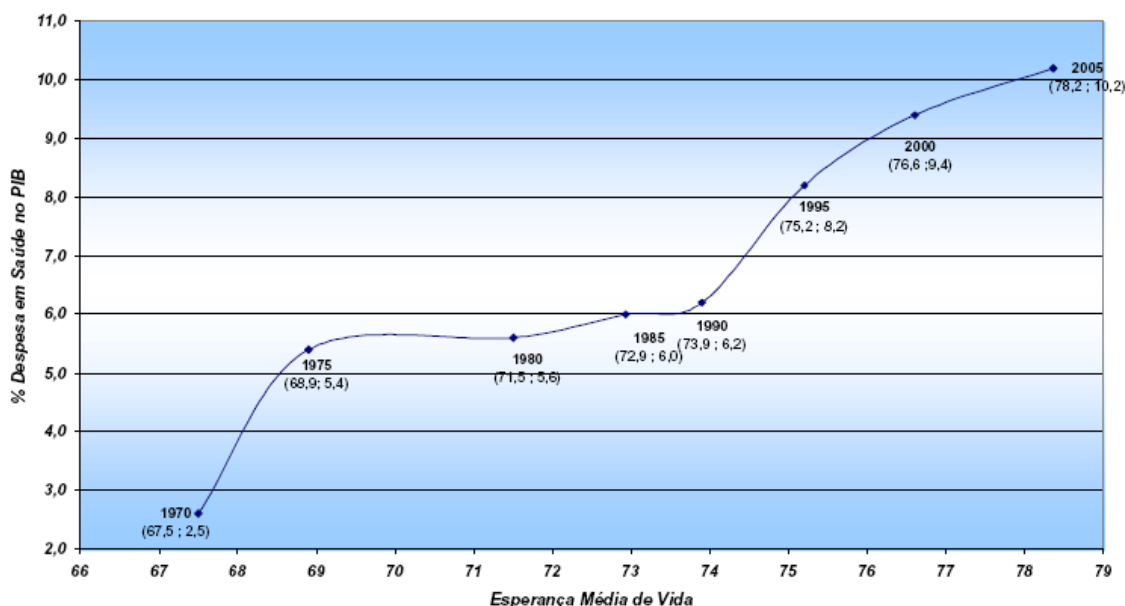
Mas no sector da saúde a intervenção do Estado deveu-se também a outras razões específicas. Por um lado, se não houvesse intervenção do Estado, nem sempre estaria disponível toda a gama de cuidados apropriados à manutenção ou à recuperação da saúde dos cidadãos, já que neste sector, a cobertura de todas as necessidades sempre foi considerada um investimento de elevado risco. Por outro lado, e havendo situações de saúde que têm evidentes externalidades, a utilização ou não utilização, mesmo no plano individual, de determinados cuidados de saúde, afecta ou pode afectar outros indivíduos, o que só o Estado tem poder (e recursos) para suprir (Ferreira, 1990).

A saúde de uma pessoa não é pois um bem exclusivamente individual, mas também colectivo, quer por razões económicas, mas também éticas: económicas, porque uma pessoa saudável produz mais e consome menos recursos de saúde e éticas, por razões de solidariedade e de coesão social.

Neste contexto, os custos com a saúde devem ser assumidos por todos, gerando deveres éticos por parte de quem os recebe. O Estado é o garante dos direitos sociais, pelo que não se pode alhear da influência das desigualdades sociais na saúde.

Mas também aqui a natureza e extensão do papel do estado foram postas em causa. De facto, o aumento da intervenção do Estado, nas últimas três décadas, no sector da saúde – em que muitas vezes apenas procurou dar resposta a falhas de mercado – centrou-se sobretudo no aumento de recursos e na sua melhor distribuição, o que originou expressivos ganhos em saúde. Em Portugal, os níveis de saúde melhoraram consideravelmente nas últimas décadas, em particular na área materno-infantil, com particular destaque para a descida acentuada da taxa de mortalidade infantil. Também a esperança de vida à nascença cresceu acentuadamente (Figura 5).

Figura 5 –Portugal - Despesas em Saúde no PIB vs Esperança média de vida à nascença

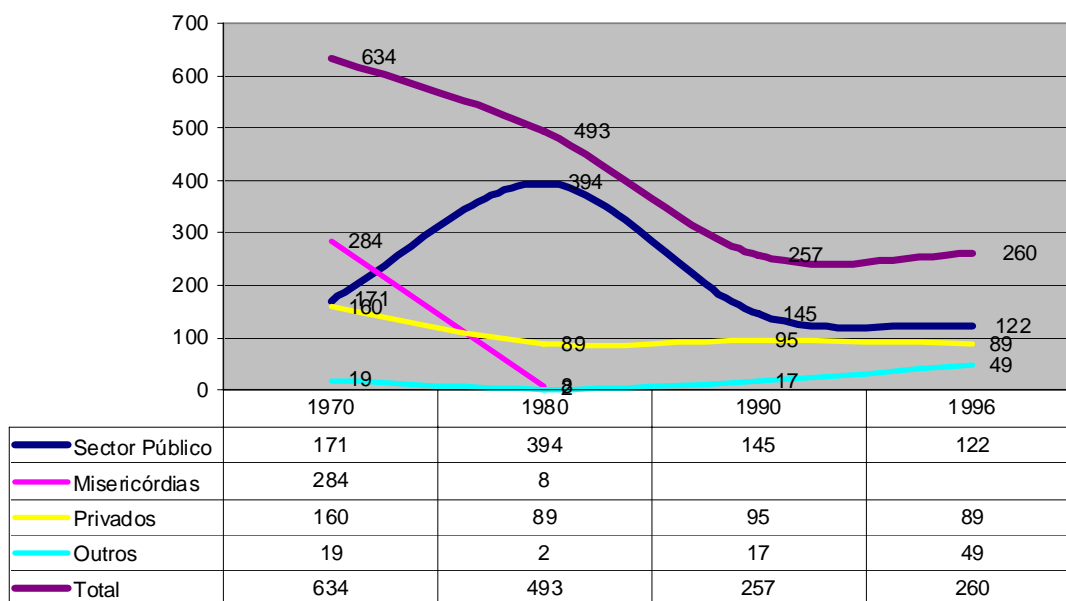


Fonte – ACSS, 2008

Por força dessa intervenção, houve substanciais melhorias na acessibilidade e na equidade do acesso aos cuidados de saúde, com

aumento da oferta dos cuidados sobretudo a nível de hospitais (Figura 6), houve um maior e melhor controlo de doenças, designadamente das doenças transmissíveis e forte promoção das actividades de saúde pública.

Figura 6 – Evolução do número de hospitais em Portugal



Fonte: European Observatory of Health Systems em Barros (2005)

Só que, como em relação a outros serviços prestados pelo sector público, e apesar do considerável impacto das melhorias conseguidas, a prestação revela-se ineficiente, sendo frequentemente questionada a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos (Reis, 2004).

Uma política é tanto mais aceite, quanto maior for o consenso geral que conseguir reunir. A problemática não pode ser vista em termos de unanimidade, uma vez que haverá sempre alguém descontente com a alocação de recursos efectuada (Le Grand, 1991). Por outro lado, os critérios de distribuição, mesmo que iminentemente técnicos, têm sempre subjacentes uma determinada política social.

No que respeita à saúde, há duas alternativas possíveis:

- Não distinguir a saúde dos outros bens da sociedade, optando por uma política de mercado puro;
- Uma abordagem essencialmente colectivista, e que assume a acessibilidade aos cuidados de saúde como um direito do cidadão, não dependendo das suas características pessoais (posição social, riqueza, rendimentos, entre outras).

De forma mais sistematizada, Barr (1987), citado em Pereira (1991), aponta três abordagens teóricas possíveis:

- Libertária ou conservadora, que defende que a desigualdade em saúde não é um problema governamental, mas sim de cada indivíduo, fruto das suas opções. Assim, qualquer medida que procurasse a correcção das desigualdades em saúde seria uma injustiça, mesmo que tivesse como alvo os mais desfavorecidos. Nesta abordagem o conceito de solidariedade é omissa, uma vez que tal interferiria no mercado da saúde, impedindo que este funcionasse como mecanismo auto-regulador.

- Liberal, que se assemelha à abordagem anterior em alguns aspectos, mas introduz uma nova vertente, que é a humanista (equidade). Note-se, no entanto, que esta visão de equidade não é igualitária, tendo apenas como objectivo melhorar a situação dos mais desfavorecidos.

- Socialismo Democrático, que ao contrário das anteriores, assume um carácter mais colectivista. No entanto, com o desenrolar dos anos, esta abordagem tem sofrido algumas alterações, em particular no que respeita à consideração do papel do mercado como igualmente preponderante na regulação do sector. Alguns autores defendem, inclusive, a necessidade de desenvolvimento de um mercado interno, dentro do SNS.

O sistema de saúde português assenta numa forte intervenção do Estado, enquanto garante do bem-estar dos cidadãos, numa

perspectiva de que a saúde é um bem colectivo, e denotando igualmente uma preocupação séria pelos mais desfavorecidos.

O Estado tem aqui um papel importante, pois se o sector fosse deixado ao livre arbítrio das leis de mercado, estas conduziriam a uma afectação iníqua dos recursos, já que só a procura solvível tenderia a ser satisfeita. Tal implicaria que a procura eminentemente social e humanamente mais prioritária ficaria por satisfazer, criando grandes diferenças, não equitativas, no acesso a bens e serviços (Sautier in CRES, 1998).

Mas também há quem opine que o Estado deve apenas garantir o conjunto de necessidades que não possam ser satisfeitas de outra forma e que o pagamento pelos próprios cidadãos, dos serviços de saúde, é preferível à injustiça gerada pela má gestão dos recursos, que são disponibilizados por todos, através dos impostos, para que os governos assumam a prestação dos respectivos cuidados (Moreira 1999).

Assim, há alguns problemas que se colocam ao bem “saúde”, face à sua especial natureza, que se prendem sobretudo com os problemas de informação, que dificultam a possibilidade de o consumidor exercer a sua soberania e efectuar escolhas racionais, daí podendo resultar sobre ou subconsumos:

- O consumidor nem sempre conhece ou pode avaliar os custos futuros e o valor dos cuidados de saúde que vai receber. Quase sempre desconhece os tipos de tratamento disponíveis, os seus resultados e o que poderá vir a saber é usualmente captado do médico, isto é, do principal fornecedor dos cuidados de saúde;
- O custo de escolhas erradas pode ser grande e até irreversível, ao contrário de outros bens;
- As pessoas em situações urgentes dificilmente podem usufruir do benefício da liberdade de escolha, mesmo se disponível;
- Não há habitualidade dos preços como num supermercado, até porque a maioria dos tratamentos e cuidados dificilmente voltará a

ser repetida (não é todos os dias que se parte uma perna ou se tem uma úlcera).

2.1. Justiça Social

O desenvolvimento de uma sociedade não se mede exclusivamente pelo seu poderio económico, mas também pelos aspectos humanos que lhe são inerentes. Assim, um país é tanto mais desenvolvido, quanto melhor tratar os seus cidadãos mais desprotegidos. Este conceito, enquanto preocupação governamental, é seguido em muitos países, independentemente da filosofia política do partido do governo.

Porém, a forma de pôr em execução o princípio da justiça social pode variar. Infelizmente, em algumas sociedades, as condições económicas não possibilitam a alocação de recursos mínimos indispensáveis ao combate da doença nos seus aspectos mais básicos. Em alguns países pobres, por exemplo, o gasto em saúde por habitante-ano, não chega aos 4 dólares, que é um valor substancialmente inferior àquele que muitos cidadãos, de países ricos, trazem diariamente no bolso (Garrafa et al, 1996). Nos mesmos países pobres, a esperança de vida ronda os 43 anos. Nos mais desenvolvidos, anda próxima dos 80.

Tal facto indicia que, de uma forma geral, a doença anda associada à pobreza. No entanto, dada a globalização da economia, em particular o aumento das transacções comerciais internacionais e da circulação das pessoas, a preocupação pela saúde pública é crescente, pois mesmo os países mais desenvolvidos não estão livres de "importar" agentes causadores de doenças mais ou menos graves.

Por outro lado, a concentração de grupos de desfavorecidos em certas áreas é uma tendência natural, com efeitos multiplicadores ao nível da saúde, como se de uma "bola de neve" se tratasse. Tal não é de admirar, uma vez que os nossos hábitos não são inteiramente

livres; influenciamos e somos influenciados pelo meio físico e social em que vivemos (Garrafa et al., 1996).

A saúde de uma pessoa não é pois um bem exclusivamente individual, mas também colectivo. Por razões económicas, mas também éticas.

- Económicas, porque um homem ou uma mulher saudável, produzem mais e consomem menos recursos.

- Éticas, por razões de solidariedade, de coesão social e da própria existência da vida humana, porque o homem é um ser eminentemente social.

Neste contexto, os custos com a saúde devem ser assumidos por todos (responsabilidade ética), gerando deveres éticos por parte de quem os recebe. O Estado é o garante dos direitos sociais, pelo que não se pode alhear da influência das desigualdades sociais na saúde. Flynn e Knight (1998) listam os seguintes factores que influenciam o estado de saúde:

- Físicos, como sejam a idade, o sexo e a genética;
- Económico-sociais, como é o caso da pobreza, do emprego e da exclusão social;
- Ambientais, como a qualidade do ar e da água, a habitação e o meio social;
- Estilo de vida, como sejam a dieta, a actividade física, o tabaco, o álcool e as drogas;
- Acesso a serviços de alta qualidade, como a educação, a saúde, os serviços sociais, os transportes e o lazer.

Os mesmos autores constatarem que, no Noroeste do Reino Unido, a taxa de mortalidade infantil é, nas áreas mais pobres, quase o dobro da das áreas mais ricas.

A saúde é pois fruto da conjugação de diversos factores, que interagem entre si, mas de entre os quais sobressaem, sem dúvida, os económicos, dada a influência que exercem sobre a generalidade dos restantes. Quem possui rendimentos mais elevados tem a

possibilidade de aceder a uma melhor educação, a bons transportes e serviços de saúde, praticar desporto, fazer uma dieta mais cuidada, ter uma habitação decente, entre outros. Compete ao Estado efectuar a compensação necessária, garantindo a acessibilidade de todos os cidadãos, inclusive dos mais desfavorecidos, promovendo desta forma a equidade.

Alguns autores, contudo, retiram importância ao direito à acessibilidade, em favor do direito à saúde. Esta perspectiva é defendida, por exemplo, por Garrafa et al (1996). Segundo estes, o nível do acesso aos cuidados de saúde é uma mera consequência da eficácia ou ineficácia administrativa, dependendo muitas vezes do rendimento dos utilizadores.

Este conceito é apresentado de forma algo forçada, não sendo, no entanto, de desprezar. De facto, a oferta de cuidados de saúde, não tem apenas a ver com a disponibilidade dos recursos existentes, mas também com a sua produtividade. Por outro lado, o nível do rendimento dos cidadãos tem influência óbvia no acesso à prestação de cuidados.

Mas é igualmente importante realçar o papel regulador do Estado, quer através de mecanismos financeiros, quer legislativos, quer de controlo e incentivo.

O direito à protecção da saúde é mais geral e abstracto. O direito à assistência é uma das formas de concretizar aquele. Há pois, objectivamente, uma responsabilidade colectiva perante a saúde de todos os cidadãos, papel que compete aos seus representantes, ou seja, ao governo eleito. A este compete definir uma correcta distribuição de recursos, bem como as respectivas prioridades, atendendo à escassez daqueles. Esta responsabilidade é pois, e cada vez mais, uma questão ética, em grande parte como resultado da conjugação de dois factores extremamente poderosos: o crescimento elevado dos custos e a impossibilidade de garantir recursos que satisfaçam a procura.

Até ao aparecimento de Rawls (1971) com a sua teoria da justiça, os contributos neste campo basearam-se na aplicação teórica do utilitarismo, de acordo com o qual uma sociedade está correctamente ordenada e, logo, é justa, quando obtém a maior soma global de satisfação, independentemente da sua distribuição entre os indivíduos. Tratava-se aqui da pura aplicação social do óptimo de Pareto (Campos, 2008).

Rawls (1971), por oposição ao pensamento utilitarista, considera que a sociedade é um sistema cooperativo cujo objectivo é a obtenção de vantagens mútuas. No entanto, para a efectiva realização dos critérios de justiça é necessária a intervenção do Estado, de forma que a partir da distribuição dos bens primários se consiga garantir um mínimo social.

Já segundo Sen (1992), a igualdade na distribuição dos bens primários sustentada pela teoria de Rawls, não é suficiente para garantir um tratamento equitativo. De pouco vale a igualdade inicial na distribuição dos bens primários se as capacidades de os manter e desenvolver forem muito diferentes.

O estado de saúde depende da capacidade de funcionar ou actuar que as pessoas tenham à sua disposição. Sendo a capacidade determinada pelos bens ou serviços disponíveis, mas também pelas suas características. Encontrando-se as características dos bens ligadas a factores ambientais e a características pessoais.

2.1.1. Noção de equidade

Sen (1992) entende equidade como igualdade de oportunidades e para a sua efectiva execução é necessário compensar as desigualdades de actuação originadas em desigualdades de origem na capacidade de actuar. Pode-se afirmar que equidade é o princípio que norteia as funções distributivas do Estado, tendo como objectivo compensar ou superar as desigualdades individuais existentes, consideradas socialmente injustas e evitáveis (Campos, 2008).

O conceito de equidade pode ser diferenciado em equidade horizontal (tratamento igual para todos iguais) e equidade vertical (tratamento desigual para desiguais). Este conceito de diferenciação de equidade levanta dois problemas:

- Os aspectos relevantes para dimensionar ou medir a igualdade ou a desigualdade;
- O que se entende por tratamento.

Segundo Campos (2008:51) e citando como exemplo: *"parece razoável que duas pessoas com o mesmo problema de saúde devam receber igual tratamento (equidade horizontal). Uma, no entanto, por desfrutar de condições físicas superiores, ou melhor estado nutricional, reage mais rapidamente à terapêutica. Neste caso, a igualdade de tratamento resulta em desigualdade de resultado. Em consequência, haveria sido mais equitativo proporcionar melhores cuidados ao doente cuja capacidade de resposta fosse presumivelmente pior"*.

Isto demonstra que um mesmo caso pode ser sempre entendido de forma diferente em função das variáveis utilizadas para dimensionar igualdade e também por sua vez, a igualdade de tratamento pode ser vista através da igualdade na utilização de serviços de saúde (*inputs*) ou a partir dos resultados esperados (*outcomes*).

A saúde é o bem mais valorizado pelos cidadãos em situação de instabilidade. O papel do Estado na Europa em geral e em Portugal em específico tem sido grande. O Estado corrigiu, completou e supriu o mercado. E agora mais do que nunca tal se impõem.

Apesar das políticas de saúde terem uma longa tradição de desfocagem durante décadas, o centro da política e do sector da saúde tem e deve ser o doente, o cidadão, o ser humano que trabalha e reside em Portugal, e nunca pode ser, nem o desempenho do sistema, nem o estatuto dos profissionais, nem a gula dos agentes

económicos, nem os cometas mediáticos, nem a reforma do SNS, nem o défice (Campos, 2008:57)

3. O Sistema de Saúde Português

Carapinheiro (1998) indica que a assistência médica em Portugal teria na sua génese os "...hospitais ligados às Misericórdias, testemunhas do primeiro esforço de concentração dos múltiplos e vários estabelecimentos de assistência a pobres, mendigos, vagabundos e doentes, que proliferavam em todo o país a cargo da actividade caritativa e de beneficência das ordens religiosas".

Refere também a "...fundação por iniciativa régia de D. João II como "Real Hospital de Todos os Santos"...", podendo datar-se a criação deste hospital ao século XV – hoje conhecido como Hospitais Civis de Lisboa.

A partir de meados do século XIX (1º quartel do século XIX) começam a surgir associações de socorros mútuos, que emergem para organizar cuidados de saúde, educação e actividades culturais entre os migrantes urbanos. Mais bem sucedidas foram as organizações que emergiram da classe média, nomeadamente pela iniciativa de funcionários do Estado, profissionais liberais e comerciantes. Estes procuravam proporcionar ajuda em caso de doença e crédito em caso de dificuldades financeiras. As associações com um perfil de seguradoras foram designadas de *montepios*, enquanto as associações com um perfil de poupanças e crédito foram designadas de *caixas económicas* (Franco et al, 2005).

No início do Séc. XX, o Estado apenas assegurava a assistência médica a pobres e indigentes. Os outros cidadãos recorriam obrigatoriamente à clínica privada. Em 1946 há uma primeira tentativa de regionalização hospitalar (Lei nº 2011). Neste momento fica criado o suporte legal para a organização e promoção de uma rede de hospitais, entregues às Misericórdias, mas construídos com

dinheiros públicos (Simões, 2004), mas só na década de 60 se assiste à construção de uma primeira rede de serviços de saúde. É também neste período que é criada a ADSE, visando criar um sistema de seguro básico de protecção na doença, cujo modelo é replicado em diferentes ministérios. Havia predomínio das instituições privadas, concretamente as de natureza religiosa e sem fins lucrativos. Toda a filosofia assentava em que o Estado não era responsável pela assistência na doença (Reis, 1999). Mas, em 1971 (Dec. Lei nº 413/71 de 27/9), reconhece-se pela primeira vez o direito à protecção da saúde de todos os cidadãos e a intervenção do Estado deixa de ser supletiva, passando este também a ser responsável pela política de saúde. Antes do 25 de Abril, havia três segmentos de população em relação aos cuidados de saúde:

- Os que tinham emprego e descontavam, para disporem de cuidados de saúde, como é o caso das Caixas de Previdência e da ADSE;
- Os mais carenciados, sem emprego, e portanto excluídos da segurança social, cujos cuidados estavam a cargo do Estado, através de hospitais próprios;
- Os mais abastados, que descontando ou não para os regimes da segurança social, recorriam habitualmente à clínica privada.

Esta distinção gerava diferenças substanciais, quer ao nível da qualidade da assistência, quer no que respeita à acessibilidade aos cuidados de saúde, com os consequentes reflexos na equidade.

A reforma do sistema de saúde efectuada pelo Decreto-Lei nº 413/71 de 27/09 marcou as opções doutrinárias para as décadas seguintes. Na verdade, alguns dos princípios centrais da reforma de 1971 – uma política unitária de saúde nacional; o reconhecimento do direito à saúde; a necessidade de progressiva instauração de um Sistema Nacional de Saúde; o reconhecimento da intervenção do Estado como difusor da política de saúde e responsável pela sua execução; a integração de todas as actividades de saúde; e o investimento nos serviços de promoção da saúde e de prevenção da

doença – constituíram uma forma inovadora e precursora do que nos anos seguintes seria consagrado em termos políticos, legislativos e organizacionais.

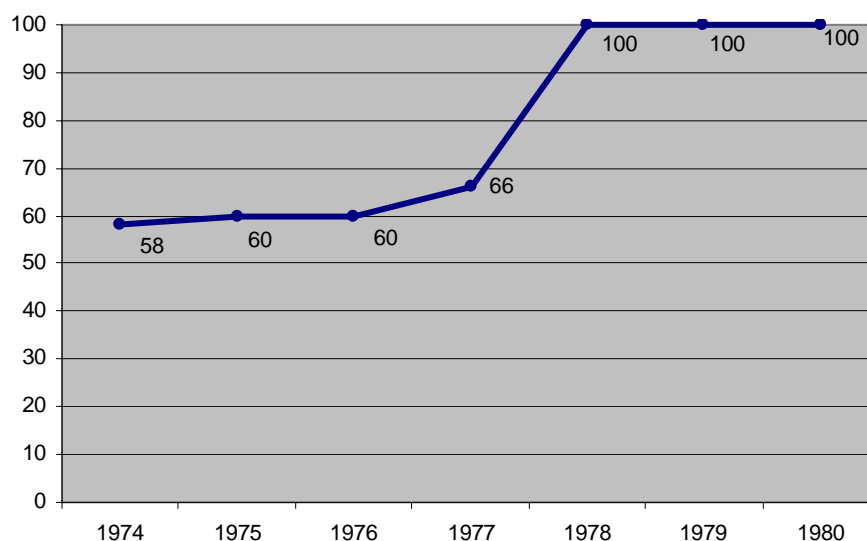
Posteriormente, a Constituição da Republica Portuguesa (1976) no seu art.º 64 refere que "*todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover*". Pela primeira vez, assume-se a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), universal, geral e gratuito.

Neste contexto, o SNS é criado pela Lei nº 56/79 de 15/9 e representou o primeiro modelo político de regulamentação do artigo 64º da C.R.P. O Ministério da Saúde passa a integrar os serviços da Previdência, tendo-se igualmente nacionalizado os hospitais das Misericórdias. Com a criação do SNS, a equidade é garantida através de dois factores:

- Acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente das suas condições sociais e económicas (o SNS é geral, universal e gratuito);
- Racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país.

Esta evolução permitiu que, ao longo dos anos 70, a população coberta pelo sistema passasse de 40% em 1965, para praticamente 100% em 1978 (Figura 7).

Figura 7 – Cobertura da população por seguro de Saúde, em Portugal, de 1974 a 1980



Fonte: OECD Health Data 2002, in Simões, 2004

Após a vitória nas eleições legislativas de Dezembro de 1979, os Governos da Aliança Democrática pretenderam desenvolver uma alternativa ao S.N.S., quer por razões ideológicas, quer por razões da sua sustentabilidade.

A partir do início da década de oitenta, a eficiência começa a preocupar seriamente dirigentes e investigadores, que apontam a dimensão excessiva do montante das transferências para o sector privado, através das convenções com prestadores privados e das comparticipações do SNS nos custos dos medicamentos prescritos em ambulatório. Portugal era, já nessa altura, o país da OCDE com uma percentagem mais elevada de gastos com medicamentos em relação às despesas públicas com saúde e o sector privado realizava mais de metade do número de análises e dos exames de radiologia. O SNS era proprietário e prestador quase exclusivo dos cuidados de hospitalização e meramente pagador dos cuidados ambulatoriais que incorporavam tecnologia e essa tendência agravava-se entre 1974 e 1984, pois a importância das transferências para o sector privado no

total dos gastos públicos acentuara-se de 29,8% para 33,8% (Campos, 1987).

Ainda na década de 80, inicia-se um debate sobre a reforma do sistema de saúde, com um grande sector de opinião a defender um papel mais activo do sector privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial para o SNS. Mas as obrigações constitucionais impuseram limites aos projectos de extinção do SNS através da lei ordinária, já que o TC declarou inconstitucional o artigo 17º do Decreto-Lei nº 254/82 de 29/06, que revogara a maior parte da Lei nº 56/79.

A Revisão Constitucional de 1989 introduz o conceito segundo o qual o SNS é tendencialmente gratuito, atendendo naturalmente às condições sócio-económicas dos cidadãos. São lançadas também as taxas moderadoras. No ano seguinte, a Lei nº 48/90 de 24/8, aprova a Lei de Bases da Saúde, que substitui o documento existente, que remontava à data da criação do SNS. Com a aprovação da Lei nº 48/90 de 24/08 e o Decreto-Lei nº 11/93 de 15/01 (Estatuto do SNS) abriu-se a possibilidade da privatização de sectores do financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde.

O SNS nunca esteve em sério risco de desaparecer, embora tenha sido a Constituição da República a impor, no início da década de 80, limites aos projectos de mudança do SNS através da lei ordinária. Houve alterações de princípios importantes mas não constitucionais e, progressivamente, instalou-se uma dependência do percurso, traduzida nos consensos construídos nos *fora* de economistas da saúde, gestores e políticos de saúde, no sentido da manutenção do SNS como mecanismo de protecção social na saúde, carecido, porém, de reformas que o tornassem mais eficiente, mais equitativo e mais controlado nos gastos. Este consenso conseguiu-se, também, pela conjugação de interesses, desde logo, das profissões,

que, na sua relação com decisores políticos e técnicos, contribuíram para a manutenção de uma matriz legislativa que os beneficiava e para a dificuldade do sistema se orientar para soluções mais eficientes, mas no interesse também dos fornecedores de bens e de serviços (Simões et al, 2007).

Este processo de progressiva aproximação ideológica, que tem caracterizado o sistema de saúde português, tem semelhante demonstração a nível internacional, com a doutrina expendida pela OMS e pelo Banco Mundial na busca da estabilização do pêndulo entre dois extremos – a exaltação dos benefícios da intervenção do Estado e do mercado (Simões, 2004).

4. Gastos do Sistema de Saúde

Os Sistemas de Saúde dos países da União Europeia têm vindo a registar um aumento progressivo dos custos em saúde ao longo das últimas décadas, como se pode verificar no quadro 7, que apresenta a evolução do peso da Despesa em Saúde no PIB dos respectivos países.

Quadro 7 – Gastos totais em saúde, em Percentagem do PIB, em alguns países entre 1970 e 2005

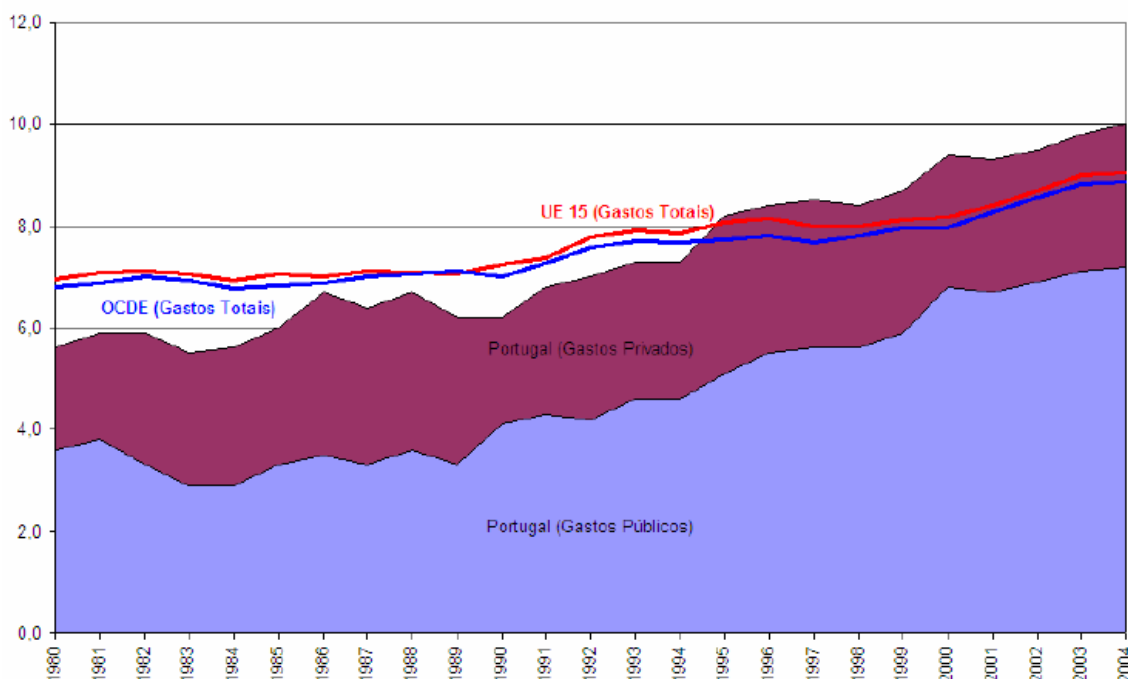
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	...	7,0	6,8	7,2	7,5	8,0	8,8	...
Austria	5,2	7,0	7,5	6,5	7,0	9,8	10,0	10,2
Belgica	3,9	5,6	6,3	7,0	7,2	8,2	8,6	10,3
Canada	6,9	7,0	7,0	8,1	8,9	9,0	8,8	9,8
Dinamarca	...	8,7	8,9	8,5	8,3	8,1	8,3	9,1
Filândia	5,5	6,2	6,3	7,1	7,7	7,5	6,6	7,5
França	5,4	6,4	7,0	8,0	8,4	9,9	9,6	11,1
Alemanha	6,0	8,4	8,4	8,8	8,3	10,1	10,3	10,7
Grécia	4,7	...	5,1	...	5,8	7,5	9,3	10,1
Islandia	4,7	5,7	6,3	7,2	7,8	8,2	9,3	9,5
Irlanda	5,1	7,3	8,3	7,5	6,1	6,7	6,3	7,5
Italia	...	...	...	...	7,7	7,3	8,1	8,9
Japão	4,6	5,7	6,5	6,7	6,0	6,9	7,7	...
Luxemburgo	3,1	4,3	5,2	5,2	5,4	5,6	5,8	7,9
Holanda		7,1	7,5	7,3	8,0	8,3	8,0	...
Noruega	4,4	5,9	7,0	6,6	7,6	7,9	8,4	9,1
Portugal	2,5	5,1	5,3	5,7	5,9	7,8	8,8	10,2
Espanha	3,5	4,6	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,3
Suécia	6,8	7,6	9,0	8,6	8,3	8,1	8,4	9,1
Suiça	5,5	7,0	7,4	7,8	8,3	9,7	10,4	11,6
Reino Unido	4,5	5,5	5,6	5,9	6,0	7,0	7,3	8,3
Estados Unidos	7,0	7,9	8,8	10,0	11,9	13,3	13,2	15,3
Média da EU 15	4,6	6,4	6,8	7,0	7,1	7,8	8,1	9,2

Fonte – OCDE Health Data 2007

A leitura do quadro 7 permite concluir que Portugal se situa na mesma tendência de crescimento, com o peso da Despesa Total em Saúde no PIB a passar de 2,5% em 1970 para 10,2% em 2005. A partir de 1995, Portugal ultrapassa mesmo a média da União Europeia.

A tendência de crescimento tem sido mais forte em Portugal do que na média dos países da UE15 ou da OCDE, sobretudo por pressão do crescimento da componente pública dos gastos (Figura 8).

Figura 8 – Evolução do peso dos gastos com a saúde no PIB (%), em Portugal, UE15 e OCDE, entre 1990 e 2004



Fonte – OCDE Health Data, 2006

No período de 1980 a 2004, Portugal duplicou o peso dos gastos públicos com saúde face ao PIB (3,6% para 7,2%). No tocante à importância relativa dos gastos privados com saúde, verifica-se que o crescimento desta fatia dos gastos totais não foi tão marcada em Portugal como na média dos países da UE15 e da OCDE, ao contrário da componente pública dos gastos (Quadro 8). Constata-se também que a percentagem dos gastos com a saúde no PIB em Portugal era

já de 10%, superior ao valor médio da UE15 (9%) e da OCDE (8,9%).

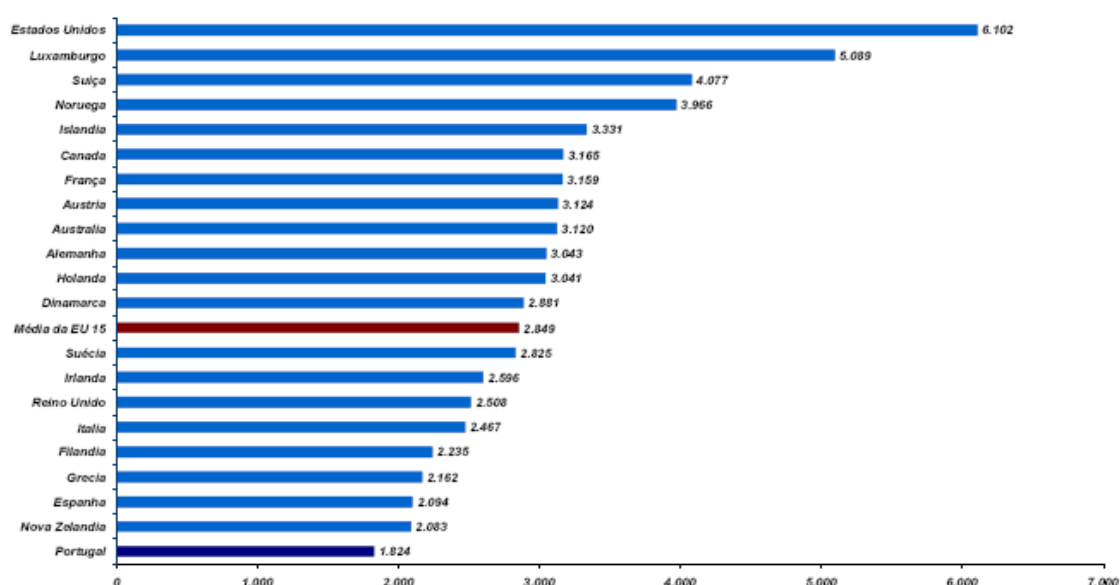
Quadro 8 – Evolução do peso dos gastos totais, públicos e privados com a saúde no PIB, em Portugal, UE15, OCDE e países seleccionados, entre 1980 e 2004

	Gastos Totais em Saúde						Gastos Públicos em Saúde						Gastos Privados em Saúde					
	1980	1985	1990	1995	2000	2004	1980	1985	1990	1995	2000	2004	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Alemanha (a)	8,7	9,0	8,5	10,3	10,4	10,9	6,8	7,0	6,5	8,3	8,2	8,5	1,8	2,0	2,0	2,0	2,2	2,4
Áustria	7,5	6,5	7,0	9,7	9,4	9,6	5,1	4,9	5,1	6,7	6,6	6,8	2,3	1,5	1,8	3,0	2,8	2,8
Bélgica (a)	6,3	7,0	7,2	8,2	8,6	10,1	0,0	0,0	0,0	6,4	6,5	7,2	0,0	0,0	0,0	1,8	2,1	2,9
Dinamarca (b)	8,9	8,5	8,3	8,1	8,3	8,9	7,9	7,3	6,9	6,7	6,8	7,1	1,1	1,2	1,4	1,4	1,5	1,4
Espanha	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,1	4,2	4,3	5,1	5,4	5,2	5,7	1,1	1,0	1,4	2,1	2,0	2,4
Finlândia	6,3	7,1	7,8	7,4	6,7	7,5	5,0	5,6	6,3	5,6	5,0	5,7	1,3	1,5	1,5	1,8	1,7	1,8
França	7,0	7,9	8,4	9,4	9,2	10,5	5,6	6,2	6,4	7,2	7,0	8,3	1,4	1,7	2,0	2,2	2,2	2,3
Grécia	6,6	0,0	7,4	9,5	9,9	10,0	3,7	0,0	4,0	5,0	5,2	5,3	2,9	0,0	3,4	4,6	4,7	4,7
Holanda	7,2	7,1	7,7	8,1	7,9	9,2	5,0	5,0	5,2	5,7	5,0	5,7	2,2	2,1	2,5	2,3	2,9	3,5
Irlanda	8,3	7,5	6,1	6,7	6,3	7,1	6,8	5,7	4,4	4,8	4,6	5,7	1,5	1,8	1,7	1,9	1,7	1,5
Itália	0,0	0,0	7,7	7,1	7,9	8,4	0,0	0,0	6,1	5,1	5,8	6,4	0,0	1,6	1,6	2,0	2,1	2,0
Luxemburgo	5,2	5,2	5,4	5,5	5,8	8,0	4,8	4,6	5,0	5,1	5,2	7,3	0,4	0,6	0,4	0,4	0,6	0,8
Portugal	5,6	6,0	6,2	8,2	9,4	10,0	3,6	3,3	4,1	5,1	6,8	7,2	2,0	2,7	2,1	3,1	2,6	2,8
Reino Unido	5,6	5,9	6,0	7,0	7,3	8,3	5,0	5,0	5,0	5,8	5,9	7,1	0,6	0,8	1,0	1,1	1,4	1,2
Suécia	9,0	8,6	8,3	8,1	8,4	9,1	8,3	7,8	7,5	7,0	7,1	7,7	0,7	0,8	0,8	1,1	1,3	1,4
Austrália (a)	6,8	7,2	7,5	8,0	8,8	9,2	4,3	5,1	5,1	5,3	6,0	6,2	2,5	2,1	2,5	2,7	2,7	3,0
Canadá	7,1	8,2	9,0	9,2	8,9	9,9	5,4	6,2	6,7	6,5	6,3	6,9	1,7	2,0	2,3	2,6	2,7	3,0
Estados Unidos	8,8	10,1	11,9	13,3	13,3	15,3	3,6	4,0	4,7	6,0	5,8	6,9	5,2	6,1	7,2	7,3	7,4	8,5
Japão (a)	6,5	6,7	5,9	6,8	7,6	8,0	4,6	4,7	4,6	5,7	6,1	6,5	1,9	2,0	1,3	1,2	1,4	1,5
UE 15 (c)	7,0	7,1	7,2	8,1	8,2	9,0	5,5	5,6	5,5	6,0	6,1	6,8	1,5	1,5	1,7	2,1	2,1	2,3
OCDE (c)	6,8	6,8	7,0	7,7	8,0	8,9	5,1	5,0	5,1	5,5	5,7	6,4	1,7	1,8	1,9	2,2	2,3	2,5

Fonte – OCDE Health Data, 2006

Outra forma de medir a despesa em saúde é utilizar a despesa *per capita* em saúde, medida em US\$ PPP (*Purchasing Power Parity* – Paridade de Poder de Compra) (Figura 9).

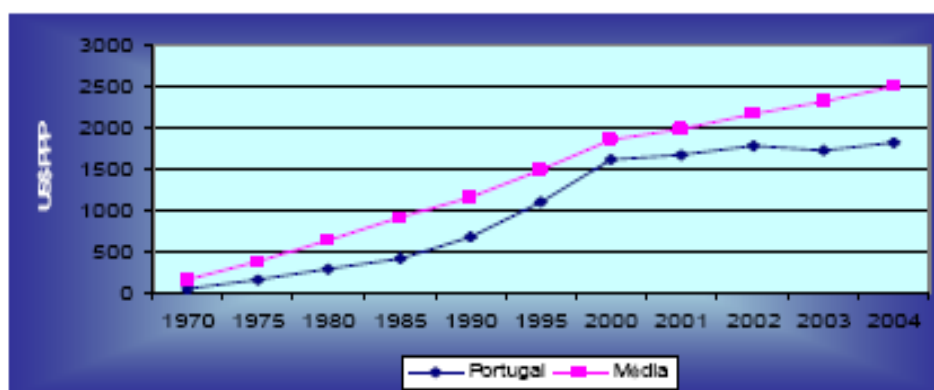
Figura 9 - Despesa Total em Saúde *per capita* em 2004 – US\$ PPP



Fonte – IGIF / ACSS 2007

Em Portugal a despesa total em saúde *per capita* em 1970 era de \$51. A partir da década de 80 começou a subir, atingindo em 1995 os \$1096, valor que evoluiu para os \$1824 em 2004 (mais 1,5% face a 2003) (Figura 10). Nesta evolução nota-se uma aproximação à média comunitária até 2000, começando-se a afastar novamente a partir desse ano.

Figura 10 – Despesa Total em saúde *per capita*, US\$ PPP



Fonte – OCDE Health Data 2006, Outubro

Relativamente à despesa nacional em saúde, constata-se que cerca de dois terços da despesa corresponde a despesa pública e um terço a despesa privada (Quadro 9).

Quadro 9 – Despesa Nacional em Saúde entre 2000 e 2004

Unidade: milhões de euros

Despesa	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%
Despesa pública em Saúde	7846	73	8156	72	8800	72	9380	74	9945	73
Despesa privada em Saúde	2969	27	3247	28	3381	28	3380	26	3646	27
Despes Nacional em Saúde	10815	100	11403	100	12181	100	12760	100	13591	100

Fonte – OCDE, 2006

Um dos factores com significativo peso no total da Despesa Nacional em Saúde é a despesa com medicamentos, apresentando Portugal uma taxa de despesa superior quase em 8% à média da UE15 (Figura 11).

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

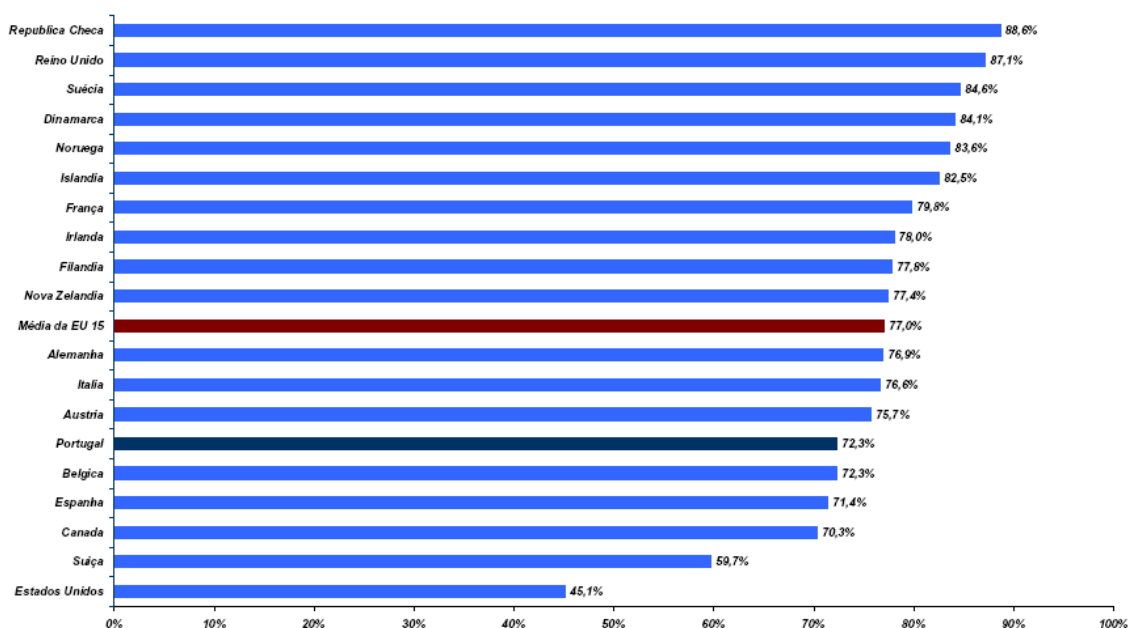
Figura 11 – Percentagem da Despesa com Medicamentos no total da Despesa Nacional em Saúde

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Australia	...	9,8	8,0	8,1	9,0	11,2	13,9	...
Austria	...	...	...	...	...	9,1	11,8	11,6
Belgica	28,1	21,9	17,4	15,7	15,5	16,7	...	...
Canada	11,3	8,9	8,5	9,6	11,5	13,8	15,9	17,7
Dinamarca	...	...	6,0	6,6	7,5	9,1	8,8	8,9
Filândia	12,6	11,9	10,7	9,7	9,4	14,1	15,5	16,3
França	23,8	20,3	16,0	16,2	16,9	16,0	18,2	16,4
Alemanha	16,2	13,7	13,4	13,8	14,3	12,9	13,6	15,2
Grécia	25,5	...	18,8	...	14,3	15,7	...	...
Islandia	17,1	16,2	15,9	16,6	13,5	13,4	14,6	13,3
Irlanda	22,2	13,8	10,9	9,9	12,2	10,5	10,6	10,9
Italia	...	...	...	...	20,3	20,7	22,0	20,1
Japão	...	...	21,2	18,0	21,4	22,3	18,7	...
Luxemburgo	19,7	16,6	14,5	14,7	14,9	12,0	11,0	8,4
Holanda	...	9,3	8,0	9,3	9,6	11,0	11,7	...
Noruega	7,8	6,4	8,7	9,1	7,2	9,0	9,5	9,1
Portugal	13,4	...	19,9	25,4	24,9	23,6	22,4	21,6
Espanha	...	...	21,0	20,3	17,8	19,2	21,3	22,8
Suécia	6,6	7,9	6,5	7,0	8,0	12,3	13,8	12,0
Suiça	...	...	...	11,3	10,2	10,0	10,7	10,4
Reino Unido	14,7	11,8	12,8	14,1	13,5	15,3	...	...
Estados Unidos	12,3	10,2	9,0	9,0	9,2	8,9	11,7	12,4
Média da EU 15	17,3	13,4	13,2	13,2	13,8	14,5	14,9	14,7

Fonte – OCDE Health Data 2007, Outubro

O peso da despesa pública no total em despesa em saúde (72,3%) que assume uma importância deveras significativa em Portugal, mesmo assim, situa-se abaixo da média da UE15 (Figura 12).

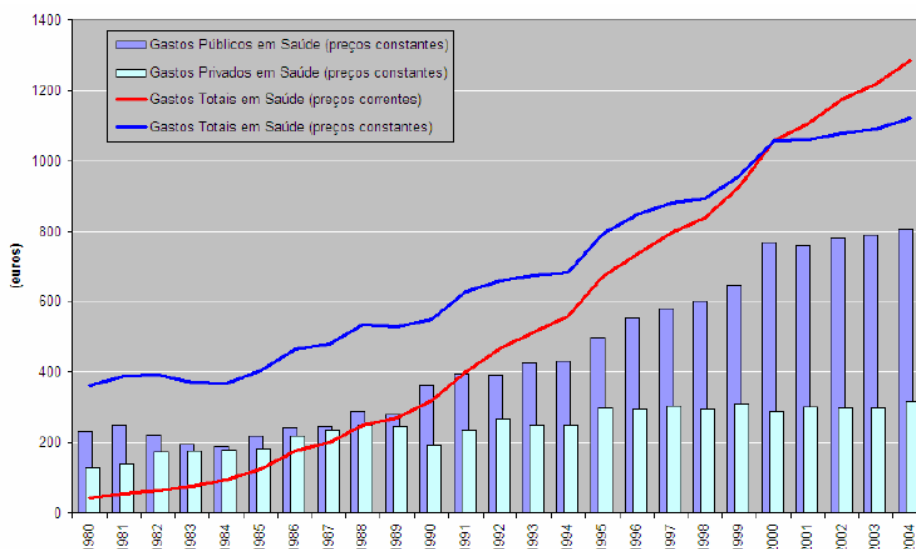
Figura 12 – Percentagem da Despesa Pública no total da Despesa Nacional em Saúde



Fonte – OCDE Health Data 2007, Outubro

A evolução dos gastos com saúde *per capita*, em Portugal, entre 1980 e 2004, a preços correntes e a preços constantes de 2000 (Figura 13), permite verificar que nesse período houve um forte crescimento dos gastos totais com saúde *per capita*, mas esse crescimento deveu-se sobretudo ao crescimento dos gastos públicos.

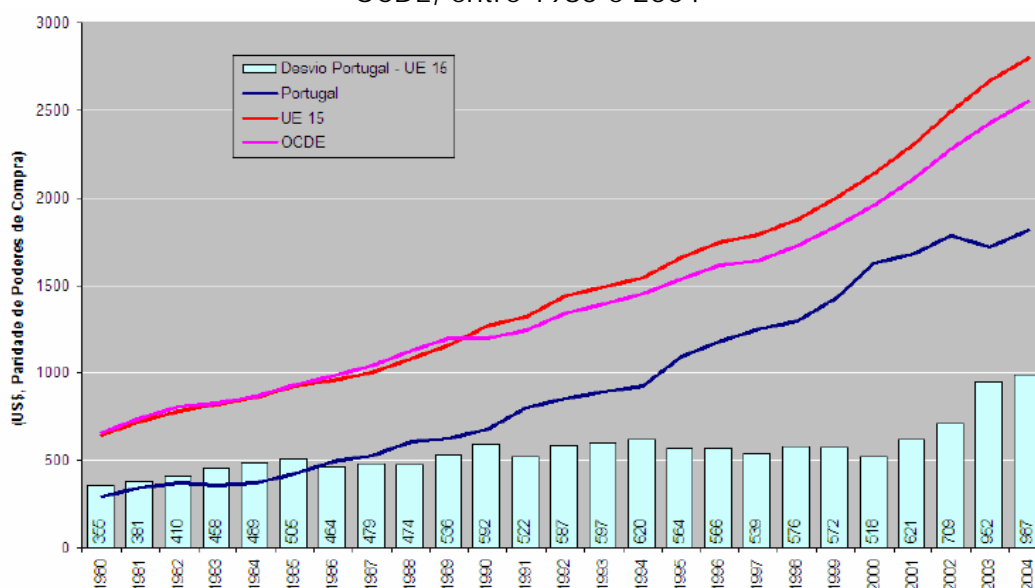
Figura 13 – Evolução dos gastos totais com a saúde *per capita* em Portugal entre 1980 e 2004



Fonte – OCDE Health Data, 2006

Na figura 14, observa-se a evolução dos gastos com a saúde, em US\$PPP, em Portugal, na média da UE15 e na média da OCDE.

Figura 14 – Evolução dos gastos com a saúde, em US\$PPP em Portugal, UE15 e OCDE, entre 1980 e 2004



Fonte – OCDE Health Data, 2006

Quando se analisam e comparam os valores *per capita* em US\$PPP, a análise dos outros dados acaba por ser relativizada, pois o ritmo de crescimento dos gastos com a saúde em Portugal, na UE15 e na OCDE são semelhantes.

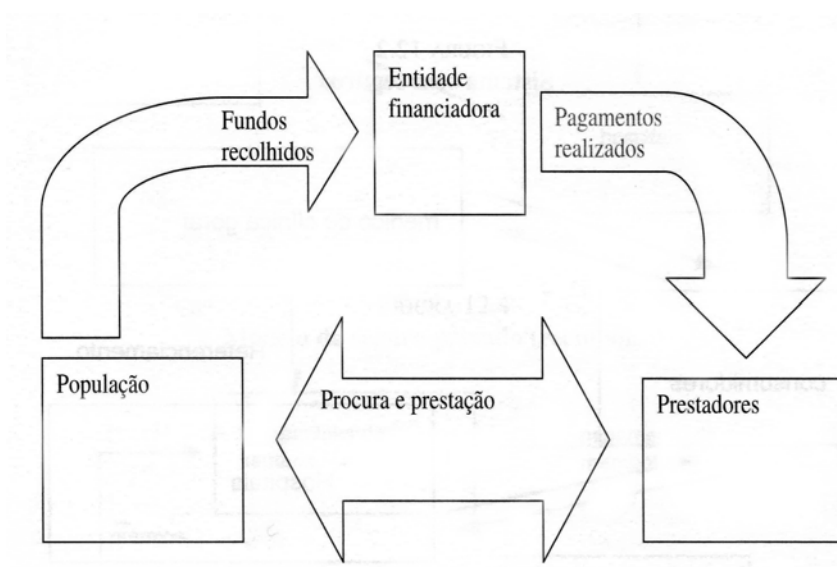
No entanto, Portugal apresenta um desvio tendencialmente negativo e crescente, sobretudo nos anos finais do período face, por exemplo, à média da UE15 ao longo do período em análise.

5. Financiamento dos Sistemas de Saúde

Uma parte significativa e crescente das despesas públicas em Portugal e nos países europeus é realizada na Segurança Social e na Saúde (Pereira et al, 2005). É igualmente indicado que os mercados de ambos os sectores são capazes de fornecer alternativas aos Sistemas Públicos, pelo que facilmente se perceberá que o mercado não falha totalmente, mas sim parcialmente. A busca de um Sistema de Saúde eficiente tem tido repercussões ao nível do seu financiamento.

Falar em financiamento da saúde é o equivalente a falar em como se organiza o seguro de saúde e a sua cobertura. Financiamento é entendido, como a origem dos recursos financeiros para fazer face às despesas de saúde. A origem desses recursos tem sobretudo três fontes: 1- seguro público; 2- seguro privado; 3- pagamentos directos dos utilizadores (Barros 2005). A figura 15 mostra as duas funções fundamentais do segurador, seja ele público ou privado: a função de recolha de fundos e a função de pagamento aos respectivos prestadores.

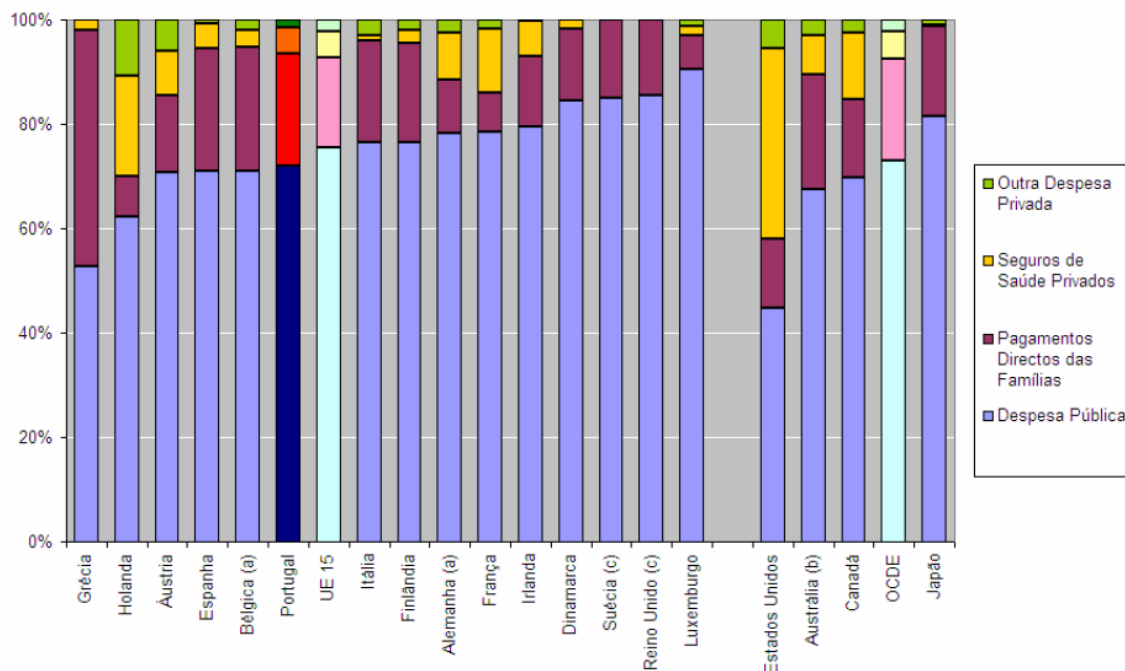
Figura 15 – Processo de Financiamento



Fonte – Barros, 2005

Analisando o contributo de cada fonte de financiamento dos gastos com a saúde, a figura 16, mostra-nos a realidade no ano de 2004.

Figura 16 – Fontes de financiamento dos gastos com a saúde em 2004



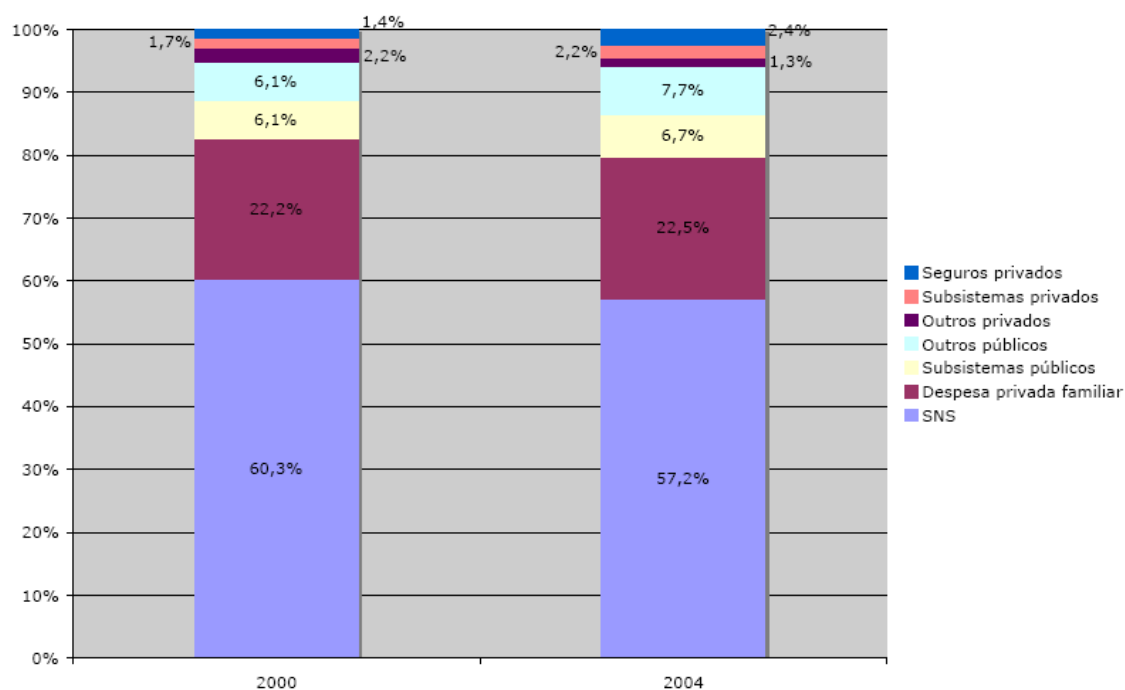
Fonte – OCDE Health Data, 2006

(a) Valores de 2003; (b) Valores de 2002, (c) despesa privada não disponível

Verifica-se que em Portugal o peso do financiamento público (71,9%) é ligeiramente inferior à média da UE15 (75,6%) e da OCDE (73%), mas já no que diz respeito aos pagamentos directos, estes representam mais 4,4% do que na média da UE15 e mais 2% do que na média da OCDE. Já o capítulo dos seguros privados em Portugal é muito semelhante à média da UE15 e da OCDE.

Analisando a questão do peso de cada uma das fontes de financiamento dos gastos com a saúde relativamente a Portugal, temos que, no período entre 2000–2004 (Figura 17), verifica-se a diminuição do peso do SNS e da despesa privada familiar e acentua-se o peso de outras despesas públicas e dos seguros privados.

Figura 17 – Peso de cada fonte de financiamento no total dos gastos da saúde em Portugal, 2000-2004



Fonte – INE – conta Satélite da Saúde, 2006

6. Factores determinantes do crescimento dos gastos com a saúde

A determinação dos factores que justificam o crescimento das despesas com saúde, bem como a identificação da sua importância relativa, têm dado origem a extensa investigação.

Várias explicações têm sido avançadas para o crescimento real destes gastos, nomeadamente: o crescimento do PIB; o envelhecimento da população; o ritmo da inovação e desenvolvimento tecnológico no domínio médico e terapêutico; e ainda as formas de organização da prestação de cuidados e do seu financiamento, bem como a cobertura da população e a universalidade do acesso.

A quantificação destes efeitos para Portugal no período 1990-2003 atribui ao efeito de crescimento do PIB uma fracção de 46,5% do crescimento total das despesas *per capita* em saúde, ao efeito de preço relativo (diferencial de inflação da saúde face ao resto da economia) uma quota parte de 26,3%, ao envelhecimento uma responsabilidade por 10,1% e, finalmente, ao progresso tecnológico uma contribuição de 17,1% (Barros et al, 2006).

Os factores que explicam o crescimento da despesa com saúde não são totalmente coincidentes com os que explicam níveis de despesa. A importância do crescimento económico e da inovação tecnológica parece considerável na explicação do crescimento da despesa com saúde, mas o envelhecimento da população e os factores institucionais dos sistemas de saúde apresentam importância relativa menor e variável ao longo dos períodos analisados e por país (Barros, 1998 e Okunade et al., 2004).

A OCDE estimou o contributo das principais determinantes para o crescimento da despesa pública com saúde no período 1970-2002 (OCDE, 2006), como se indica no quadro 10.

Quadro 10 – Principais determinantes para o crescimento da despesa pública com saúde no período 1970-2002

	Crescimento (%) dos gastos públicos com saúde <i>per capita</i>	Decomposição do crescimento da despesa, em 3 efeitos (1970 – 2002)		
		Envelhecimento	Efeito rendimento	Residuais
Portugal	8,0	0,5	2,9	4,4
Média OCDE	4,3	0,4	2,5	1,5

Fonte – OCDE, 2006

Sem dúvida nenhuma que, no caso português, os factores residuais foram os que mais contribuíram para a explicação do crescimento da despesa pública, pois só eles têm um peso relativo de 55% no aumento da despesa, enquanto na média da OCDE, o mesmo factor explica só 35% da evolução da despesa. A explicação para este facto pode passar por um fraco controlo da introdução de inovações tecnológicas ao nível do diagnóstico e terapêutica, bem como pela inexistência ou ineficiência das políticas de contenção de custos.

7. Medidas de contenção dos gastos

As políticas de contenção de gastos relacionam-se com o problema de definir qual o montante adequado que cada país deve gastar com a saúde e dirigem-se, normalmente, aos gastos públicos (e não aos totais) com a saúde, visando estabilizar o seu crescimento face ao do PIB (Carrin e Hanvoravongchai, 2003).

As medidas adoptadas pelos Governos, desde a década de oitenta, no sentido de conterem o aumento dos gastos públicos com saúde podem ser classificadas de diferentes formas, distinguindo nomeadamente entre as que se dirigem à oferta de serviços de saúde ou à sua procura.

Em termos de contenção de custos do lado da oferta, tipicamente as medidas limitam investimentos, preços, admissões de pessoal, massa salarial, ou visam o aumento da eficiência através da melhoria da oferta de cuidados em ambulatório substitutivos dos

hospitalares, ou da generalização de protocolos clínicos. Do lado da procura, procuram desenvolver-se mecanismos de partilha de custos ou mesmo o estabelecimento de prioridades (ou até o racionamento) no acesso a cuidados, a par com um maior enfoque nas estratégias de prevenção de saúde e com a promoção dos cuidados primários enquanto “porta de entrada” no sistema (Ferreira, 2004).

A OCDE sintetiza as medidas que respeitam sobretudo à gestão da prestação (oferta) de cuidados e distingue-as em iniciativas de contenção de custos ao nível macro-económico (enfoque nos anos 80) e ao nível micro-económico (enfoque nos anos 90) (OCDE, 2006 e 2006b).

Ao nível macro, as iniciativas tendem a centrar-se sobretudo em:

- Controlo da massa salarial dos profissionais do sector público da saúde;
- Controlo administrativo de preços praticados na prestação de cuidados, bem como dos produtos farmacêuticos;
- Limites à formação de profissionais da saúde, com restrições, em especial, nas escolas de medicina;
- Redução da capacidade dos hospitais (redução de camas de agudos, concentração de unidades);
- Controlos orçamentais rígidos;
- Partilha de custos com os utentes, sobretudo no domínio do custo dos medicamentos.

Ao nível micro, a tónica tem sido colocada na melhoria da eficiência da prestação, com medidas como:

- Reforço do investimento no ambulatório;
- Separação entre a função de prestação e a função de financiamento;
- Privatização de actividades laterais à prestação de cuidados e que possam melhorar a eficiência global;

- Introdução de maior competição entre prestadores, com o objectivo de obter ganhos de eficiência e qualidade na prestação com financiamento público.

Maynard (2005) considera que o enfoque excessivo na contenção de custos ao nível macroeconómico, faz esquecer a importância do combate às ineficiências ao nível micro na gestão da prestação. Segundo o autor, a lógica adequada de contenção de custos deveria ser, sobretudo, a de incentivar a prevenção da doença, a de premiar a eficiência na prestação e os ganhos em saúde, e conceder uma menor autonomia à auto-regulação profissional.

No domínio específico da política do medicamento, várias medidas têm sido adoptadas com o objectivo de controlar o aumento dos custos com produtos farmacêuticos. Almarsdottir e Traulsen (2005) agrupam-nas em quatro tipos:

- Controlo de lucros e de preços nos diferentes estádios da cadeia de distribuição dos produtos farmacêuticos;
- Alterações no regime de comparticipações de medicamentos;
- Outras medidas de carácter orçamental;
- Medidas de melhoria da qualidade da prescrição.

Em Portugal, o enfoque das políticas de saúde não se tem situado na contenção de custos, embora várias medidas tomadas a partir do ano 2000 possam vir a ter um impacto importante neste domínio, mas ainda não devidamente quantificado (Quadro 11)

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Quadro 11 – Decisões políticas tomadas entre 2000 e 2006 em Portugal

Decisões políticas (2000-2006)	Efeito esperado	Impacto financeiro estimado
<i>Promoção da saúde e prevenção da doença</i>		
Plano Nacional de Saúde	Melhoria do estado de saúde dos portugueses, em especial nos domínios eleitos como prioritários (doenças cardíaco-vasculares, oncológicas e HIV/SIDA).	Não disponível.
<i>Prestação de cuidados em ambulatório</i>		
Reforma CSP / USF	Melhoria da acessibilidade, aumento da satisfação de utentes e profissionais, racionalização da utilização de cuidados e da referência.	Poupanças líquidas estimadas de cerca de 9 milhões de euros, em 2007 (Fonte: MCSP).
Encerramento de SAP	Melhoria da qualidade e segurança no acesso à urgência, racionalização da rede de urgência	Não disponível.
Redução de preços de convenções	Contenção da despesa pública.	25 milhões de euros em 2006 e 55 em 2007 (PEC).
Actualização do valor das taxas moderadoras	Disciplina o consumo de cuidados de saúde e contribui para a valorização social dos cuidados públicos financiados pelo SNS.	Não disponível.
<i>Prestação de cuidados hospitalares</i>		
Encerramento de blocos de partos	Melhoria da qualidade e segurança no acesso, racionalização da rede de prestação de cuidados.	Não disponível.
Criação de centros hospitalares	Melhoria da eficiência pela exploração de economias de escala e de complementaridades.	Não disponível.
Construção de novos Hospitais em PPP	Melhoria da eficiência da gestão de hospitais; <i>value-for-money</i> no investimento público.	Poupanças dos pagamentos potenciais do Estado de 6,2% (Centro de Atendimento) e 17,5% (CMFR Sul) (Fonte: Parcerias.Saúde)
Contratualização da actividade	Separação financiador-pagador; financiamento por resultados; controlo da despesa; responsabilização da gestão.	Não disponível.
Empresarialização de Hospitais	Separação financiador-pagador; autonomização e responsabilização da gestão.	"Estudo de avaliação dos Hospitais SA" detectou ritmos de crescimento de custos inferiores à média nacional, mas pouco significativos (Gouveia <i>et al.</i> , 2006).
<i>Sector do medicamento</i>		
Alterações na comparticipação de medicamentos, redução do preço dos medicamentos e das margens de comercialização	Contenção da despesa pública.	25 milhões de euros em 2005, 100 m.e. em 2006 e 215 em 2007 (efeito agregado reportado no PEC).
Liberalização da venda de MNSRM	Melhoria do acesso ao medicamento; aumento da concorrência no segmento do mercado em causa.	Não disponível.
<i>Outras medidas</i>		
Lançamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados	Alargamento da compreensividade do SNS; melhoria do acesso e da adequação dos cuidados; redução da permanência de doentes crónicos em hospital de agudos; maior eficiência no tratamento e nos ganhos em saúde.	Não disponível.

Fonte - Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Fev. 2007

8. Evolução do Orçamento de Estado para a Saúde

No quadro 12 apresenta-se a evolução do Orçamento de Estado (OE) afecto ao Sector da Saúde, de 2002 a 2006.

Quadro 12 – Despesa em Saúde (Classificação Funcional)

Unidade: Milhões de euros

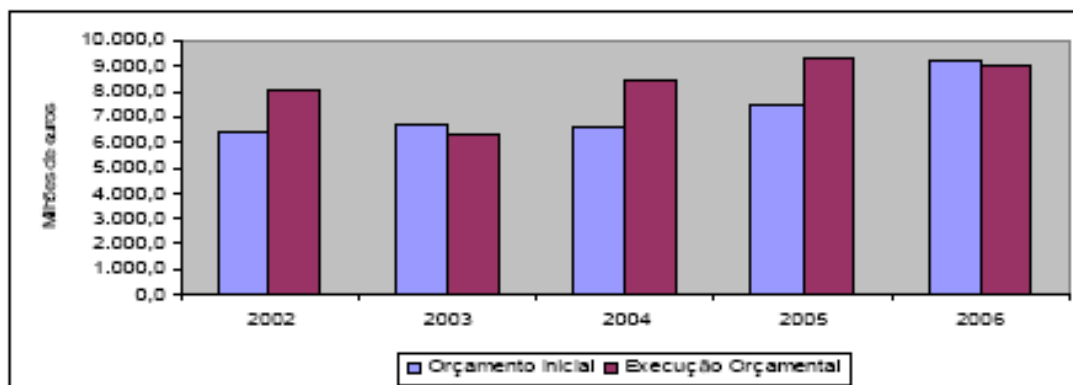
Ano	Orçamento Inicial	Orçamento Final	Execução Orçamental
2002	6406,9	8183,6	8061,5
2003	6649,5	6765,1	6329,1
2004	6623,1	8658,9	8454,0
2005	7417,3	9656,4	9282,9
2006	9211,0	9425,4	8989,4

Fonte – DGO - Conta Geral do Estado de 2002 a 2006

Verifica-se que o orçamento inicial de 2006 aumentou cerca de 26,2% relativamente ao ano anterior, alterando a tendência de orçamentos iniciais que ficavam muito aquém da execução orçamental.

Pode-se verificar na figura 18 que à excepção dos anos 2003 e 2006, os valores da execução orçamental excediam em muito as dotações iniciais.

Figura 18 – Orçamento inicial vs execução orçamental para o sector saúde



Fonte – DGO – Conta Geral do Estado de 2002 a 2006

A partir de 2002, com a criação dos hospitais SA (em 2005 transformados em EPE), a transferência do OE para os hospitais passou a ser desdobrada pelos dois subsectores (SPA e SEE). Os hospitais SPA continuam a ser financiados pelas transferências correntes baseadas no histórico, enquanto os hospitais SPA/EPE passam a ser financiados com base nos contratos programa. Em 2006, com o aumento do número de hospitais EPE, este sector passou a representar 60,7% (Quadro 13) das verbas transferidas para os hospitais do SNS.

Quadro 13 – Transferências do OE para os hospitais SPA e SA/EPE

Unidade: Milhões de euros

	2002	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
SPA	3177,3	1450,4	53,9	2322,2	60,9	2212,1	57,4	1451,0	39,3
SA/EPE	-	1239,4	46,1	1489,8	39,1	1643,0	42,6	2244,0	60,7
Total Hospitais SNS	3177,3	2689,8	100	3812,0	100	3855,1	100	3695,0	100

Fonte – Adaptado de IGIF / ACSS 2007, Janeiro

9. As Reformas da Saúde e Experiências Recentes em Portugal

As reformas desenvolvidas inicialmente nas décadas de 70 e 80 do século passado, tinham por objectivo reforçar a capacidade técnica da gestão dos hospitais. Conhecidas como as reformas de gestão, que mais tarde conduziriam à NGP, que muito cedo já procura introduzir nos hospitais a *best practice* (Osborne e Gaebler, 1994).

Mas a introdução destas medidas não foi muito frutuosa. Shaw (1999) apresenta algumas razões para tal facto, sendo um dos mais importantes, o facto de a cultura de serviço público em que se inseriam os hospitais e em que foram introduzidas estas medidas

reduzir o seu impacto, o que era agravado pelo controlo escasso que os gestores hospitalares tinham sobre alguns dos factores que influenciam a produção dos hospitais.

No entanto, estas reformas possibilitaram mudanças importantes na gestão dos hospitais, bem como traduziram um degrau no progresso da sua gestão. E é assim que, numa segunda fase, aparecem as chamadas reformas de financiamento, que centram na distribuição de recursos (de pagamento) a procura de maior eficiência (Shaw, 1999).

Procurando separar, em sistemas de saúde de prestação pública, a prestação e o financiamento, iniciam-se processos de distribuição de contratualização e o financiamento começa a ser associado ao desempenho, desmultiplicando-se os modelos de distribuição de recursos (Harding e Preker, 2000)

As reformas de gestão e de financiamento contribuíram definitivamente para o sublinhar das limitações estruturais da prestação pública em saúde e da necessidade de promover cenários de reforma mais incentivadores. Eis que surgem as reformas organizacionais, que Harding e Preker (2000) categorizaram em três grupos, consoante tenham por objectivo a simples concessão de autonomia, a transformação dos hospitais públicos em empresas públicas ou a sua privatização.

Em Portugal, com a implementação do SNS em 1979, o Estado constitui-se como principal empregador e prestador de serviços da saúde, criando, com o objectivo de oferecer uma resposta global às necessidades da população, uma rede nacional de hospitais públicos e de centros de saúde. Essa missão, que nunca foi cumprida de forma satisfatória, tem vindo com o tempo a deteriorar-se, reflectindo a incapacidade do SNS em adaptar-se adequadamente às transformações sócio-económicas, à evolução das ciências e tecnologias da saúde, ao desenvolvimento de uma cultura

referenciada na qualidade, à humanização e racionalização dos serviços de saúde, entre outros factores.

Apesar do SNS ser relativamente novo e de diversos hospitais já terem sido construídos no pós-25 de Abril, verificam-se ainda hoje vários tipos de obstáculos ao seu melhor desenvolvimento. Delgado (1999) identifica os seguintes constrangimentos que ainda permanecem actuais nos hospitais públicos:

- Modelo de financiamento inadequado;
- Ausência de mecanismos de concorrência;
- Modelo burocrático de gestão,
- Acumulação do exercício hospitalar público com a actividade privada;
- Peso dos serviços de urgência.

O movimento de reforma nascido de reservas quanto à eficiência do sector público não passou ao lado da saúde, particularmente do hospital público, em que assumiu objectivos e modos específicos, das reformas organizacionais, para, na sequência do movimento ocorrido na Administração Pública em geral, também recorrer aos novos métodos e processos de gestão

Assim sendo, nos últimos anos tem-se vindo a assistir à publicação de um conjunto de diplomas normativos determinantes para a reorganização do SNS, e que vieram introduzir outros modelos organizacionais, outras regras de gestão e a possibilidade de se desenvolverem parcerias entre agentes públicos e privados, o que está a criar novas expectativas no sector da saúde (Paraíso e Lima, 2004).

De há uma década a esta parte várias alterações têm sido efectuadas no sentido de tornar o SNS mais eficiente. Em termos de reformas hospitalares, as mais significativas reformas ocorridas foram (Barros, 2005):

- A gestão privada em hospital público (em 1996 iniciou-se a experiência do Hospital Amadora-Sintra);

- Regras de gestão privadas em hospitais públicos (em 1998, nos hospitais de Santa Maria da Feira e do Barlavento Algarvio);
- Unidades Locais de Saúde (Unidade Local de Matosinhos, agregando na mesma entidade gestora o hospital de Matosinhos e os centros de saúde da área de influência);
- Centros de Responsabilidade Integrada (regulamentados pelo Dec. Lei nº 347/99 de 18 de Setembro), em que os directores dos centros contratualizam com a administração orçamentos-programa, que posteriormente são geridos pelos centros. Nestes centros são criadas gestões intermédias, podendo compensar financeiramente o desempenho dos seus profissionais;
- Criação dos hospitais SA, em 2002 e posteriormente convertidos em EPE, em 2005.

Em Portugal, só a partir de 1977 (Decreto-Lei nº 129/77, de 2 de Abril) é que os hospitais passaram do sector convencional do Estado para uma situação em que usufruem de autonomia administrativa e financeira, mantendo-se a maior parte deles ainda hoje com esse estatuto (excepto algumas experiências inovadoras de gestão no final do século passado e os hospitais SA criados em 2002). Em relação às primeiras, em 1996 foram iniciados estudos concluídos em 1997 que conduziram ao propósito de atribuição aos hospitais públicos portugueses da natureza de “estabelecimento público de natureza empresarial” (Simões, 2004).

Na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), o Estado caracteriza a legislação sobre saúde como de interesse e ordem pública e atribui ao SNS a responsabilidade global pela protecção dos direitos dos cidadãos constitucionalmente garantidos. O Capítulo V da Lei do SNS vem permitir a gestão de estabelecimentos do SNS através de contratos de gestão, do sistema das convenções e do regime dos contratos programa. Assim, o contrato de Gestão do Hospital Amadora-Sintra constitui a primeira

aplicação dos artigos 28 e 29 do Estatuto do SNS, e é um caso de PPP (Barros, 2005).

Em 1998 foi criado o primeiro hospital com esse estatuto e com legislação própria (Decreto-Lei nº 151/98, de 5 de Junho, Hospital de S. Sebastião, em Santa Maria da Feira). Esse estatuto foi depois adaptado para a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Decreto-Lei nº 207/99, de 9 de Junho) e em 2001 foi aplicado no Hospital do Barlavento Algarvio (Decreto-Lei nº 76/2001, de 27 de Fevereiro) (Reis, 2004).

A partir de Dezembro de 2002 (os Decretos-Lei foram sucessivamente publicados em Diário da Republica nos dias 9, 10 e 11 de Dezembro), 34 hospitais públicos (incluindo aqueles hospitais que já tinham adoptado outro estatuto) deram origem a 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.

Na perspectiva das reformas organizacionais referidas por Harding e Prekker (2000), a criação dos hospitais SA em 2002 deveria ter constituído um passo importante no sentido da autonomização, que é simultaneamente suporte e complemento de outras medidas. No entanto, a intervenção mais tutelar do que de apoio da Unidade de Missão, não deixa antever a promoção de um processo de descentralização e de autonomia que, noutras latitudes, foi o objectivo e o motor da reforma (Reis, 2004).

9.1. As Parcerias Público-Privadas (PPP) em Saúde

Todo o conjunto de pressões determinadas pela exigência de uma maior qualidade, um nível maior de performance na prestação pública e atendendo aos cada vez maiores constrangimentos económicos, faz apelo ao recurso, também no sector da saúde, a mecanismos de PPP (Reis, 2004).

Apesar de no campo meramente ideológico, ser apontado às PPP a intenção de privatizar a prestação em saúde, segundo Savas

(2000), não se trata de uma transferência da propriedade e controlo de activos públicos para o privado. Trata-se sim, de tipos de intervenção mista numa actividade até então realizada e desenvolvida pelo sector público, em que o privado, baseando-se em objectivos bem definidos, deverá em regra assegurar o financiamento do investimento e a gestão total ou parcial do estabelecimento e o sector público, além de amortizar o investimento feito, financia a exploração nos limites da sua responsabilidade. Assim sendo, e já baseando-se numa argumentação mais técnico-científica, as PPP serão apenas uma colaboração formalizada entre os sectores público e privado para a prossecução de actividades que tradicionalmente eram desempenhadas pelo sector público. Já que o sector público é conotado com posições de autoridade, burocracia e pouca *accountability* e o sector privado é conotado com interesses na redução de custos e da obtenção de proveitos, surge aqui, com as PPP, uma espécie de reabilitação mútua dos dois sectores.

A adopção da NGP não significa que o Estado tenha abandonado as políticas sociais, simplesmente se tem vindo a alterar a forma como são prestadas. Algumas não serão prestadas necessariamente pelos serviços públicos e, nas que são, estabelece-se a separação do Estado financiador e do Estado prestador.

Perante esta mudança de política, a participação do privado no espaço que tradicionalmente era ocupado pelo público tem um aumento significativo. Mas a conjugação entre os sectores público e privado na organização e prestação de serviços públicos já é antiga. Simões (2004) destaca as modalidades mais importantes dessa conjugação no caso português, e que são:

- A concessão, isto é, um contrato de direito público, pelo qual o Estado confia a um terceiro, a prestação de um serviço público, por sua conta e risco;

- O arrendamento de serviços públicos, em que a entidade pública cede a uma entidade privada a gestão e exploração de uma empresa, estabelecimento ou serviço público já em funcionamento;

- O contrato de gestão, através do qual só é transferível para uma entidade privada apenas as operações de gestão e manutenção do estabelecimento ou serviço público;

- Os contratos de cooperação, como contratos que se estabelecem, de forma a associar os particulares no desempenho de tarefas públicas ou na gestão de serviços públicos.

Hoje existe um consenso alargado no sentido de que o Estado não tem de ser um prestador directo de serviços públicos, mas sim um garante da prestação desses serviços e um regulador das respectivas actividades (Marques e Moreira, 1999).

O SNS foi, indiscutivelmente, responsável por ganhos de saúde nas últimas décadas muito importantes, mas entrou em declínio, visto que continua a ser alimentado por arcaísmos organizacionais e apresenta falhas crónicas de eficácia e eficiência, capazes de minar os alicerces da sua própria sustentabilidade. Não se conseguiu adaptar, devido à sua rigidez e, como tal, cristalizou um modelo de gestão e de organização ultrapassado e financeiramente em vias de esgotamento.

O sector da saúde passa por grandes reformas e o SNS por uma grande reestruturação, de forma a transformar o sistema público existente num sistema de saúde moderno e renovado, mais justo e eficiente e fundamentalmente orientado para as necessidades dos utentes (Simões, 2004).

9.1.1. Enquadramento Legal

Neste contexto as PPP emergem como um novo mecanismo de provisão e contratação da prestação dos cuidados de saúde, mas não sendo objectivo do processo transferir o máximo de riscos para o operador privado, mas antes estabelecer o ponto óptimo da

transferência de riscos entre o lado público e o lado privado, assegurando o maior *value for money* possível para o erário público – Lei nº 91/2001 de 20 de Agosto (Lei de Enquadramento Orçamental das PPP).

O conceito de PPP evoluiu desde a década de 90 do século passado na Grã-Bretanha, com o surgimento do modelo PFI – *Private Finance Initiative*, com o intuito de limitar o sucessivo aumento da despesa pública e a constatação da ineficiência no funcionamento da A.P. (Simões, 2004).

Em Portugal e posteriormente à Lei de Enquadramento Orçamental das PPP, é criada uma estrutura de missão Parcerias Saúde (RCM nº 162/2002). Foi então decidido pelo Governo da altura, o XIV Governo Constitucional, o desenvolvimento de três parcerias público-privadas (Hospitais de Braga, Cascais e Sintra) e duas parcerias público-públicas (Hospitais de Loures e Vila Franca de Xira) (Quadro 13). Já com o XV Governo Constitucional foi publicado o diploma de enquadramento para as parcerias em saúde (Decreto-Lei nº 185/2002), em regime de gestão e financiamentos privados. Aqui há uma diferença substancial relativamente às opções políticas tomadas pelo Governo anterior, pois aqui fica definido que o lançamento para os novos hospitais será apenas em parcerias público-privadas – 2ª vaga (Despacho nº 19946/2002), (Quadro 14).

Quadro 14 – Programa de PPP, 1ª e 2ª Vagas

	1ª Vaga	2ª Vaga
Novos Hospitais	Loures Sintra	
Hospitais de Substituição	Cascais Vila Franca Xira Braga	Gaia Póvoa/V. Conde Guarda Faro/Loulé Évora

Fonte – Adaptado de Simões, J. Abreu, 2004

Entretanto, procedeu-se à aprovação de um diploma-quadro sobre normas transversais especialmente aplicáveis às PPP (Dec. Lei nº 86/2003 de 26 de Abril). Em sequência, procedeu-se também à regulamentação do procedimento concursal estandardizado aplicável às parcerias celebradas sob a forma de contratos de gestão, no âmbito dos cuidados hospitalares (Dec. Regulamentar nº 10/2003 de 28 de Abril). Paralelamente, foi desenvolvida e publicada a regulamentação do caderno de encargos-tipo que estabelece o modelo de PPP para o desenvolvimento de novas unidades hospitalares, bem como para a gestão de unidades existentes (Decreto Regulamentar nº 14/2003 de 30 de Junho).

10. Governação Hospitalar

Os hospitais são organizações extraordinariamente complicadas (Glouberman e Mintzberg, 2001a, 2001b), representando a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir (Drucker, 1989). O hospital é o tipo de organização que mais uso intensivo faz de recursos – humanos, capital, tecnologia e conhecimento – necessitando por isso de um bom enquadramento de administração com os seus órgãos e uma equipa profissional de gestores. Ao mesmo tempo também desempenha um papel importante no contexto que está inserido – prestação de cuidados de saúde.

Atendendo a este duplo papel, como instrumento das políticas de saúde e objecto de autonomia hospitalar, leva os investigadores a questionarem-se até que ponto e como os modelos de governação empresarial podem ser aplicados nos hospitais.

Atendendo à configuração societária particular do hospital que envolve uma diversidade alargada de *stakeholders*, à exigência de autonomia de vários grupos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica) e à falta de objectivos claros de negócio, não se podem transpor os princípios da governação

empresarial para o hospital sem antes se fazerem ajustamentos particulares e específicos (Eeckloo et al, 2007).

A governação hospitalar surge como um paradigma que pretende juntar a governação clínica e a empresarial numa mesma plataforma e tendo em conta as diferenças existentes entre ambas, e procura também lidar com o duplo papel do hospital (abrangência dos seus objectivos e os *stakeholders* que o rodeiam).

Turnbull (1997) considera que governação empresarial descreve todas as influências que afectam os processos institucionais, incluindo os relacionados com a designação de quem controla e/ou regula, envolvidos na organização da produção e venda de bens e serviços.

Por analogia, Rice (2003) entende por governação hospitalar o conjunto de estruturas e processos que definem a orientação estratégica do hospital (missão, visão e objectivos) e o meio pelo qual os recursos (humanos, tecnológicos, políticos e financeiros) estão organizados e distribuídos para atingir as orientações estratégicas.

Assim, entende-se por governação hospitalar o processo de gerir o funcionamento global e o desempenho efectivo de um hospital, através da definição da sua missão, da fixação de objectivos e do apoio e monitorização da sua realização (Eeckloo et al, 2007).

Todas estas alterações criadas na governação dos hospitais ao longo destes últimos anos, tiveram por objectivo melhorar a responsabilidade e a prestação de contas, a transparência e a efectividade dos Conselhos de Administração (C.A.). Muitas destas alterações têm origem no sector privado e tendo por origem a matriz de governação empresarial anglo-saxónica e incidem sobretudo sobre as determinantes do desempenho dos C.A. (Daily e Schwenk, 1996). O problema está em como considerar o 'transporte' destas implicações para o sector da saúde, atendendo à perspectiva eminentemente empresarial que incluiu a maximização do lucro.

A empresarialização dos hospitais públicos portugueses e a adopção de princípios de boa governação das empresas do sector empresarial do Estado são realidades recentes em Portugal. A primeira, apesar de ser uma aspiração antiga, foi apenas iniciada em 2002 com os hospitais SA. A segunda, apesar de alguma história no sector privado, foi iniciada mais recentemente, em 2007 (RCM nº 49/2007 de 28 de Março).

Estas duas realidades já eram proeminentes nas mudanças efectuadas noutros países. A empresarialização dos hospitais insere-se no âmbito das reformas propostas pela NGP, enquanto que os princípios de boa governação das empresas do SEE inserem-se no movimento de princípios de boa governação empresarial.

Com a adopção da empresarialização verifica-se uma mudança de paradigma na governação das organizações públicas, passando de um modelo essencialmente do tipo administrativo e burocrático para um modelo empresarializado que adopta práticas, ferramentas e processos da gestão do sector privado. Também as empresas públicas ou privadas com a adopção de princípios de boa governação, que visam a prestação de contas e a transparência, assumem posturas muito mais éticas e transparentes, de forma a prosseguir os objectivos para que foram criadas.

A NGP teve a sua origem nos países anglo-saxónicos (ver capítulo III), tendo a sua origem no Reino Unido e nos EUA e depois na Austrália e Nova Zelândia. Este novo paradigma da NGP surge no início dos anos 80 do século passado sobretudo com a discussão do papel do Estado na sociedade e na economia e as pressões enormes para o Estado deixar de desenvolver actividades que vinha assumindo desde os anos 30 e com maior força a partir da segunda guerra, ou no mínimo, para introduzir novos modelos de gestão inspirados na cultura do sector privado (managerialismo).

A NGP aponta para a adopção da gestão empresarial e de mecanismos de mercado assentando na clarificação da

responsabilidade, melhoria do desempenho, responsabilização e prestação de contas aos utilizadores (Osborne e Gaebler, 1994; Osborne e Plastrik, 1998; Osborne e Hutchinson, 2004). As reformas organizacionais tinham como objectivo principal melhorar a governação dos hospitais através de objectivos claros e bem delineados, de uma estrutura de supervisão profissionalizada, e do ambiente concorrencial (Harding e Preker, 2000, 2003).

Este *mix* de entusiasmo (com os ganhos de eficiência esperada para o sector público) e de desconfiança (a ideia de privatização dos serviços públicos) que rodeou a NGP aproximadamente durante uma década e meia deu origem a um cepticismo mais ponderado, a partir do final da década de 90 do século passado (Manning, 2001; Fukuyama, 2004; Pollitt, 2004).

Em Portugal, o processo de empresarialização dos hospitais públicos foi iniciado em 2002. Isto após algumas experiências inovadoras de gestão iniciadas em 1996, mas que não vieram a ter nenhuma repercussão em termos de modelo. O objectivo era apostar no aprofundamento da gestão empresarial (enquanto reforma da gestão hospitalar), mantendo-se no entanto a responsabilidade do Estado pela prestação de cuidados de saúde. Já em 2005 com a queda do XV Governo Constitucional e a entrada do XVI Governo Constitucional o processo de empresarialização adoptou uma nova figura jurídica – EPE – atendendo à ideia de que este estatuto jurídico é o que melhor se adequa à gestão hospitalar, por compatibilizar a autonomia da gestão com a sujeição à tutela (OPSS, 2008). As grandes diferenças entre o estatuto jurídico verificam-se ao nível da:

- Formação de capital – Nos EPE o capital é exclusivamente público não podendo ser alienado a entidades privadas. Nos SA o capital podia ser privado,
- Certificação de contas – Nos EPE a prestação de contas é remetida à Inspeção-Geral das Finanças para emissão de um

parecer, sendo depois remetida para os ministérios da tutela. Nos SA a certificação das contas eram feitas por revisores oficiais de contas,

- Falência por motivos económicos – O modelo EPE impede a falência por motivos económicos.

Também foi apanágio deste governo a revitalização das agências de contratualização e a contratualização baseada no impacto e nos resultados esperados dessas intervenções na vida dos cidadãos, e não pura e simplesmente pela produção pura de consultas e cirurgias.

Todas estas mudanças ocorridas desde 2002 são alavancas para a promoção da governação hospitalar e dos princípios da boa governação nos hospitais públicos.

Os hospitais empresarializados (primeiro SA e depois EPE) permitiram flexibilizar a política de aquisições e de contratação de recursos humanos. Mas o desenho organizacional destes hospitais na sua generalidade não foi alterado, o que leva a concluir que apesar do rearranjo da rede dos serviços hospitalares, não houve grandes alterações na cultura gestonária e no modelo organizacional (OPSS, 2006, 2007).

Os escândalos financeiros ocorridos tanto nos EUA como na Europa e as alterações estruturais efectuadas entre a governação empresarial e o desenvolvimento económico e a forma como isso afecta o crescimento e o desenvolvimento (Claessens, 2003), contribuíram para um movimento de normas recomendatórias e de práticas de bom governo. Este movimento leva a que as empresas sejam geridas por práticas correctas visando os objectivos para que foram criadas e serão mantidas.

Não é possível assegurar a gestão da mudança em sistemas sociais complexos como é o da saúde, sem acção governativa sustentada com uma base política e social ampla. Quando a agenda da acção governativa depende quase exclusivamente do titular da

pasta ministerial, como é próprio da cultura política do país, dificilmente esta sustentação pode ser assegurada (OPSS, 2005).

Capítulo V – As Listas de Espera em Saúde

1. Introdução

O movimento de reforma nascido de reservas quanto à eficiência do sector público não passou ao lado do sector da saúde, particularmente do hospital público, em que assumiu objectivos e modos específicos, das reformas organizacionais, para, na sequência do movimento anteriormente ocorrido noutros domínios, também recorrer entre outras coisas, à externalização de serviços e às PPP.

Na última década, os cidadãos têm vindo a demonstrar, de forma crescente, um descontentamento face ao tempo de espera para a realização de cirurgias. Esta realidade deu lugar a algumas iniciativas governamentais que procuraram, através de programas públicos, diminuir o número de utentes que se encontravam em lista de espera há mais de um ano. Destaque-se, neste âmbito, o PPA (Programa para a Promoção do Acesso) que se iniciou em 1999 e que progrediu para o PECLEC (Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas), iniciado em 2002 (RCM nº 100/2002). Este Programa foi concebido com um carácter temporário (duração de dois anos) para fornecer uma resposta rápida e eficiente às situações emergentes e críticas dos utentes.

Rapidamente se constatou que, uma vez terminadas estas iniciativas, o problema do tempo de espera se iria agravar. Assim, foi publicada em 24 de Junho a Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004 em que foi criado o SIGIC (Sistema Integrado da Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia), para abarcar o problema na sua globalidade (reduzir o tempo médio de espera por uma cirurgia, mas também o de controlar o tempo máximo de espera), ou seja, com o objectivo de minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente carece de uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de forma progressiva, que o tratamento cirúrgico ocorre

dentro de um tempo máximo estabelecido e que, de uma forma contínua e permanente, se caminhasse para a resolução desta situação que continua a ser uma das principais preocupações da população.

2. Enquadramento

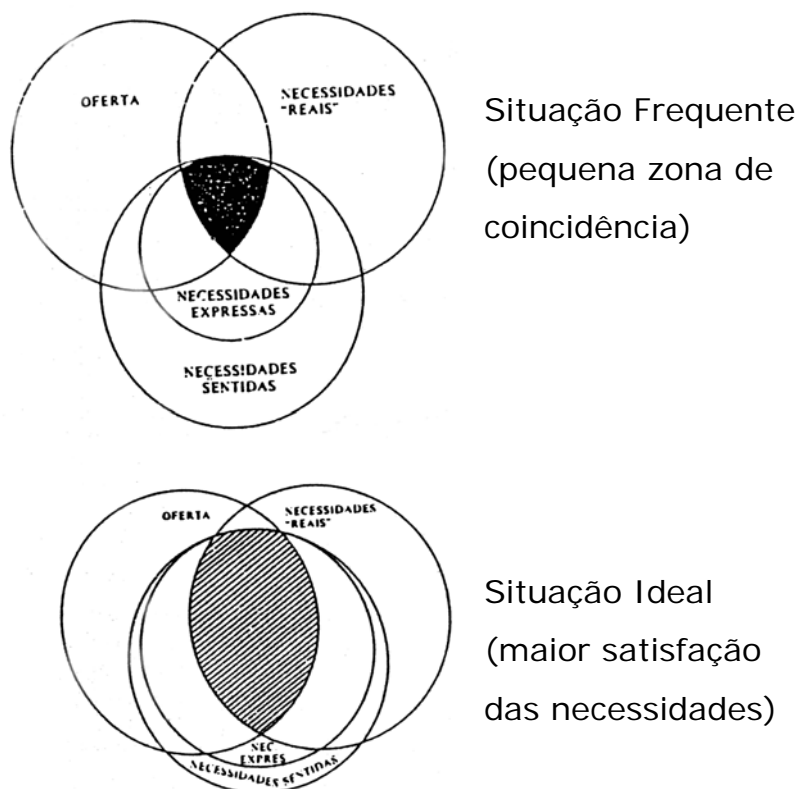
Muitas vezes identifica-se o diagnóstico da situação com as necessidades de saúde, mas não são a mesma coisa, já que o diagnóstico envolve uma noção de causalidade e de evolução prognóstica que não aparece necessariamente no conceito de necessidade.

A maior parte das vezes chamam-se **necessidades reais** àquelas determinadas pelos técnicos com as limitações próprias do conhecimento da realidade. Esta versão científica complementa-se com a noção de **necessidades sentidas** pela população. Dentro destas necessidades podemos distinguir as **necessidades expressas** e as **não expressas**, cuja percentagem em relação ao total das necessidades sentidas é muito variável segundo o contexto sócio-económico e o tipo de serviços existentes.

Em muitos casos, as necessidades expressas podem coincidir com a procura, mas são conceitos diferentes. Convém salientar também que a procura pode não corresponder a uma necessidade real da população e pode dever-se a uma oferta exagerada e injustificada dos serviços de saúde.

Na figura 19 representam-se quatro círculos, com diferente grau de coincidência, que correspondem aos vários tipos de necessidades. Quanto maior a coincidência entre os círculos, melhor será a elaboração do diagnóstico da situação.

Figura 19 – Necessidades de Saúde

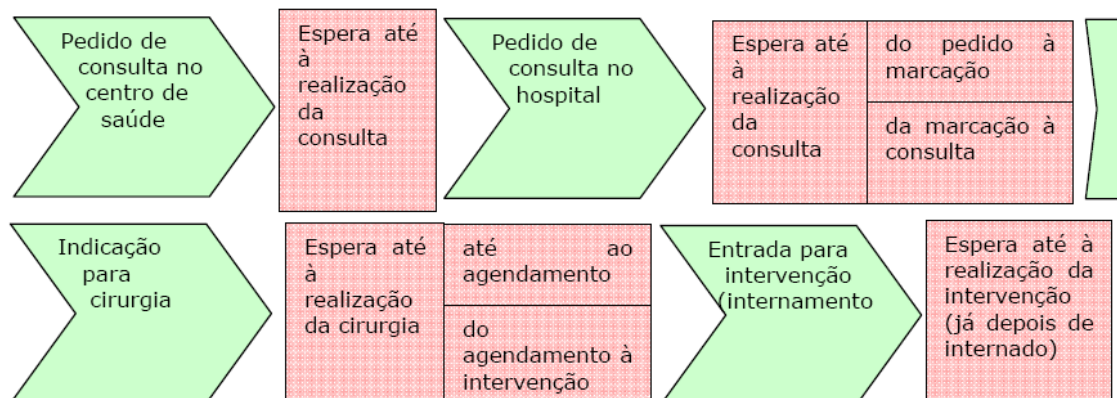


Fonte – Imperatori e Giraldes, 1982

A capacidade de um sistema de saúde satisfazer as necessidades de saúde dos seus cidadãos, nomeadamente os problemas que requerem intervenção cirúrgica hospitalar envolve diversos passos. E em vários pontos desses passos poderão surgir momentos em que o utente se encontra em lista de espera.

O SIGIC centra-se no tempo de espera até à cirurgia, mas, no entanto, não deixa de ser útil verificar o percurso do doente até chegar à LIC (Figura 20). Observando esse percurso consegue-se uma visão a jusante das listas de espera. Tal permite verificar os estrangulamentos e efeitos determinantes da lista de espera. Também os tempos de espera maiores para marcações de consulta significam menor pressão sobre a LIC.

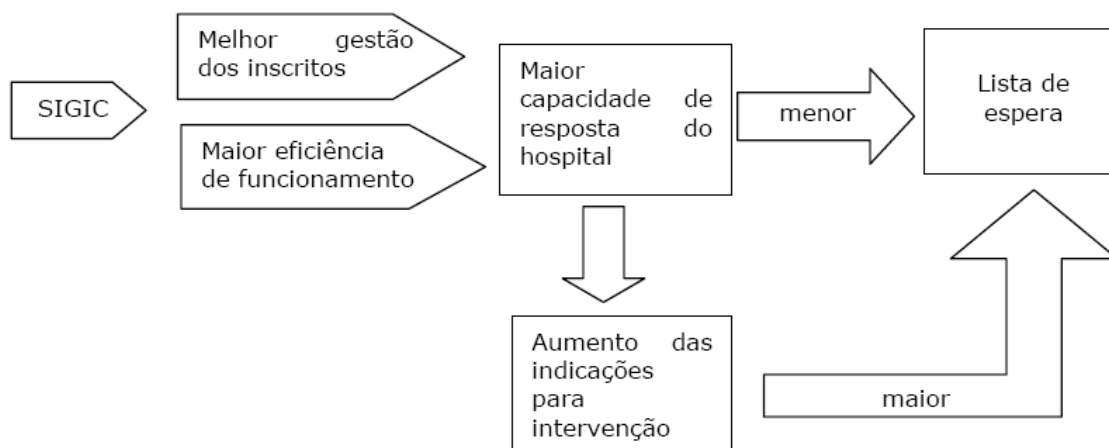
Figura 20 – Percurso do doente e tempos de espera



Fonte – TC – Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde

Outro dos factores relevantes para a LIC, e consequentemente dos efeitos do SIGIC sobre as listas de espera (Figura 21), é a eficiência na realização das cirurgias, já que quanto maior for a eficiência, maior será o número de pessoas intervencionadas num mesmo espaço de tempo

Figura 21 – Efeitos do SIGIC sobre as Listas de Espera



Fonte – TC – Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde

3. Políticas de Combate às Listas de Espera

As listas de espera são um problema comum nos países onde vigora um modelo de SNS (onde há partilha de custos baixos ou

nulos para o utente), por exemplo, em Portugal, Espanha, Inglaterra e Itália, e onde a remuneração do médico, ou profissionais de saúde, provêm de um salário.

As listas de espera podem ser combatidas, quer pelo lado da procura, quer pelo lado da oferta. Pelo lado da procura, as políticas passarão pelo aumento da capacidade instalada no sector público ou por convenções com o sector privado, como também pela melhor gestão dos recursos disponíveis e instalando incentivos ao desempenho. Pelo lado da oferta, passa pela atribuição de prioridades de acordo com as necessidades clínicas dos utentes, bem como o incentivo dos seguros de saúde privados, que faz obviamente desviar a procura do sector público para o sector privado.

Nos países onde existem modelos de SNS, a presença de listas de espera e a preocupação política com as mesmas é grande.

Comparando a lista de espera geral em Portugal, Espanha e Inglaterra (Quadro 15), verifica-se que o tempo médio de espera até à cirurgia, sobretudo nas pessoas com um tempo de espera superior a 6 meses é substancialmente mais elevado em Portugal, ou seja, há um tempo de espera para cirurgia bastante mais elevado em Portugal.

Quadro 15 – Caracterização geral da lista de espera em alguns países com SNS

Indicadores	Espanha (2006)	Inglaterra (2005)	Portugal (2006)
Utentes em lista de espera por 1000 habitantes	2,25	15,47	20,65
Tempo médio de espera em dias para cirurgia	6,15	-	310,4
% de utentes com espera entre 0 e 30 dias	78,45%	33%	28,33%
% de utentes com espera entre 31 e 90 dias	21,07%	42,16%	
% de utentes com espera entre 91 e 180 dias	0,08%	24,73%	17,28%
% de utentes com espera superior a 180 dias	0,4%	0,11%	54,4%

Fonte – Adaptado de TC – Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde

Em Portugal, a política de combate às listas de espera cirúrgicas, que se iniciou em 1999 com o PPA e continuou depois em 2002 com o PECLEC, tinha como objectivo resolver situações acumuladas através da realização de produção adicional, tendo sempre como base que, resolvida a excepção das listas de espera, a actividade normal seria suficiente para satisfazer as necessidades dos cidadãos. Mas facilmente se verificou que essa conclusão não estava certa, e eis que surge, em 2004 o SIGIC, numa altura em que o PPA e o PECLEC deixaram as listas de espera qualitativamente melhores, mas quantitativamente semelhantes.

Os combates pontuais às listas de espera podem produzir resultados a curto prazo, mas não provocam grandes alterações na dinâmica das listas de espera. O SIGIC pressupõe a centralização dos utentes em espera e uma abordagem que procura uma intervenção de longo prazo, facilitando a gestão das LIC e que aumente a capacidade de resolução das mesmas.

3.1. Desenvolvimento do SIGIC

Ao contrário dos programas anteriores, que pretendiam eliminar as listas de espera para cirurgia, o SIGIC visa a gestão integrada do universo dos doentes inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do SNS de forma continuada, tendo sido implementado em todas as regiões de saúde, de acordo com o calendário estabelecido pela referida resolução.

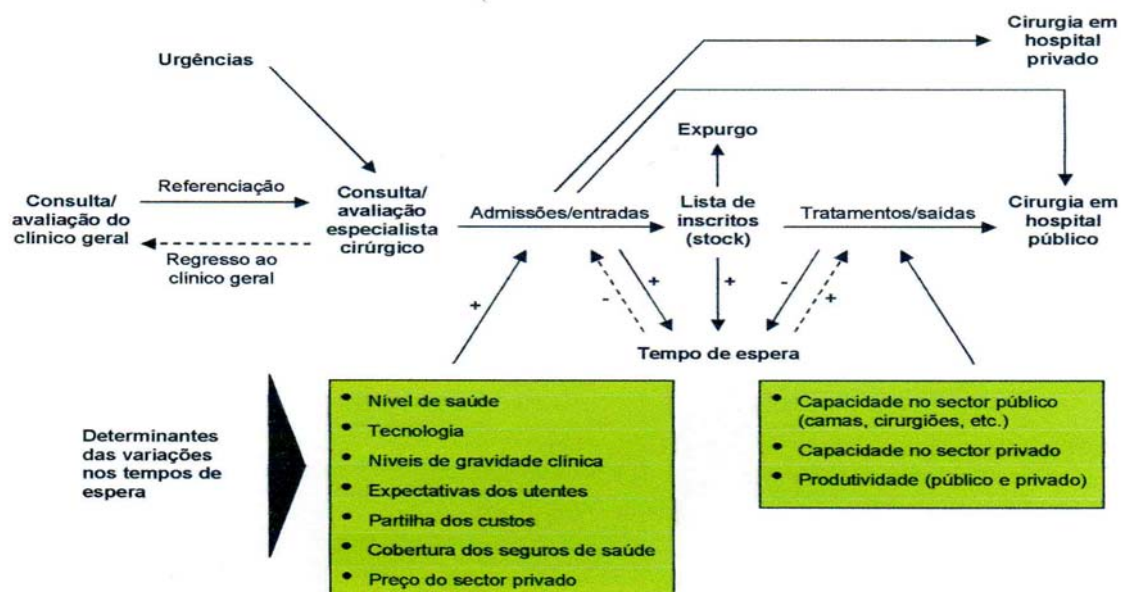
Para a criação deste sistema integrado foram analisadas as abordagens realizadas em países como Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Austrália e Nova Zelândia (Figura 22). As abordagens que vários países tiveram centraram-se, por um lado na oferta, procurando aumentar os recursos disponíveis no sector público e no sector privado, e fomentando a produtividade dos recursos instalados; do lado da procura foram estabelecidas

prioridades de acordo com a patologia, gerindo a lista de inscritos para cirurgia e incentivando o recurso a seguros privados.

O SIGIC assenta em 5 grandes princípios:

- Garantia de tratamento dentro de um período definido de acordo com regras claras;
- Maior compromisso do Hospital, expresso pela emissão de um certificado de inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC);
- Maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado com a assinatura do consentimento para a inscrição na LIC;
- Maior uniformidade do processo, garantindo, através da publicação de um regulamento processual, a uniformização do tratamento dos utentes com necessidade de terapêutica cirúrgica;
- Maior controlo e transparência através da constituição de estruturas reguladoras a três níveis: Hospitalar (UHGIC), Regional (URGIC) e Nacional (UCGIC).

Figura 22 – Observação da experiência internacional – determinantes do tempo de espera



Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

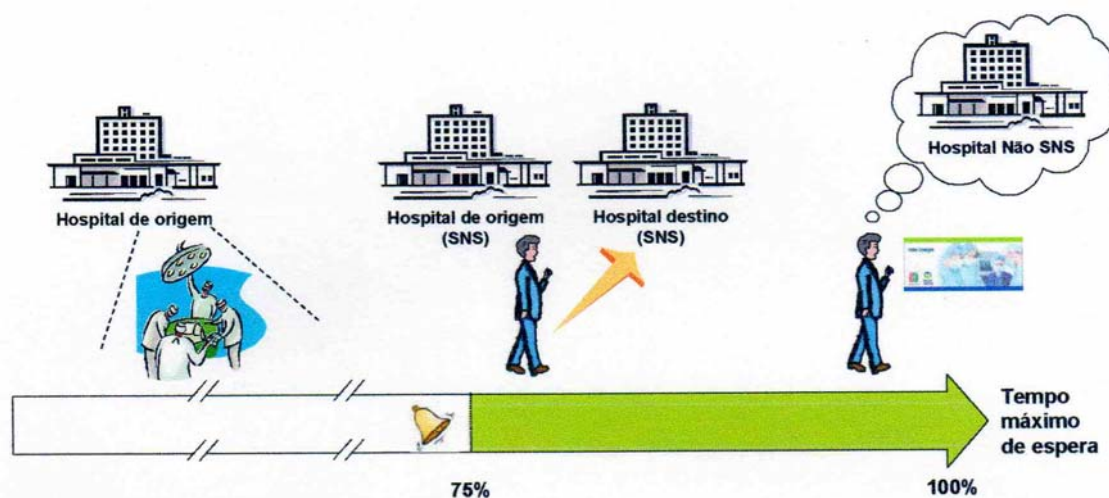
Ao tentar sintetizar os principais elementos encontrados pelos países para a resolução do problema da LIC, podem-se definir sete grandes grupos de soluções:

- Centralização da gestão da LIC;
- Uniformização do processo da LIC;
- Divulgação da informação sobre a LIC;
- Definição de objectivos institucionais;
- Fomento de métodos alternativos nas terapêuticas cirúrgicas;
- Criação de incentivos ou pagamentos para os profissionais indexados à produção;
- Oferta de alternativas de tratamento ao utente.

Neste seguimento, foi construído um modelo de base processual que foi primeiramente implementado e testado nas regiões do Alentejo e Algarve. Em 25 de Novembro de 2004 foi publicada a portaria 1450/2004 que permitiu a operacionalidade do SIGIC (Regulamento, Tabela de Preços e Clausulado para as convenções com entidades privadas e sociais).

Na figura 23, observa-se que o SIGIC assenta num processo simples: o utente dirige-se ao seu hospital, onde na sequência de uma consulta de especialidade, lhe poderá ser proposta uma cirurgia. Com a formalização do seu consentimento e na posse de um certificado de inscrição, o utente ficará a aguardar cirurgia na certeza que, de acordo com a prioridade clínica que lhe for estabelecida, virá a ser chamado num prazo máximo estabelecido.

Figura 23 – Processo de gestão do Utente inscrito na LIC



Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

O hospital dispõe de um período correspondente a 75% (9 meses, em prioridade normal) do tempo máximo de espera para resolver a situação do utente. Não se verificando essa possibilidade, em colaboração com o hospital de origem, tentar-se-á transferir o utente para outro hospital público ou, caso tal não seja viável, entregar ao utente um vale-cirurgia que permitirá o recurso a um hospital privado ou social à sua escolha, de entre os que estiverem convencionados.

O utente pode sempre decidir não aceitar a transferência e permanecer no hospital de origem. Embora aqui o utente nunca perca o direito a ser tratado, a contagem de tempo será reiniciada, sem prejuízo da sua prioridade clínica se for o caso.

No caso de transferência, e uma vez realizada a cirurgia, o utente regressa ao hospital de origem.

3.2. Caracterização do SIGIC

Contrariamente ao PPA e ao PECLEC, que surgiram como Programas de excepção com o fim de resolverem as listas de espera, o SIGIC pretende regular toda a actividade cirúrgica, numa visão

universal e permanente e garantir de forma progressiva que o tratamento cirúrgico seja efectuado dentro do tempo clinicamente aceitável.

Com este programa pretende-se:

- Obter um conhecimento integrado das necessidades cirúrgicas da população;
- Conhecer os procedimentos requeridos e as patologias subjacentes;
- Conhecer a actividade assistencial dos hospitais e relacioná-la com a capacidade instalada.

A RCM nº 79/2004 estabeleceu os princípios, objectivos e estratégias (Quadro 16) bem como a estrutura orgânica de funcionamento e execução do SIGIC.

Quadro 16 – Objectivos e Estratégias essenciais do SIGIC

Objectivos	Estratégias
Redução do tempo médio de espera	<ul style="list-style-type: none">- Aumentar a capacidade produtiva dos hospitais através do recurso a formas de remuneração atractivas para os profissionais envolvidos.- Criar alternativas quando não exista capacidade de resposta
Controlo do tempo máximo de espera	Transferir os utentes que ainda aguardam pela cirurgia aos 75% do tempo máximo de espera ou emitindo vales-cirurgia
Rentabilização da capacidade instalada	<ul style="list-style-type: none">- Criar mecanismos que permitam aumentar o tempo de utilização dos recursos instalados- Transferir a procura para hospitais com a capacidade assistencial não esgotada
Clareza e uniformidade nos critérios de realização de cirurgias	<ul style="list-style-type: none">- Publicar as normas processuais para a inscrição e progressão na LIC- Publicar o conjunto de direitos e deveres dos utentes inscritos- Publicar um conjunto de indicadores sobre a actividade cirúrgica e sobre a LIC de cada hospital

Fonte – Adaptado de Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

A prossecução dos objectivos mencionados assenta em cinco princípios- chave:

- Garantia de tratamento em tempo admissível;
- Maior compromisso do hospital;
- Maior envolvimento do utente;
- Maior uniformidade do processo;
- Maior controlo e transparência do processo

3.3. Estrutura funcional do SIGIC

O SIGIC apoia-se em estruturas a nível central, regional e local.

- UCGIC
- URGIC
- UHGIC

A UCGIC foi criada na dependência do Ministro da Saúde, mas a gestão do SIGIC cabe à ACSS nos termos da alínea s) do artº 3º do Dec. Lei 219/2007 de 29 de Maio. A UCGIC é essencialmente responsável por garantir a actualização constante da LIC, seleccionar os utentes a transferir para outras entidades (hospitais do SNS ou entidades convencionadas) e emitir os vales-cirurgia.

As URGIC, em número de cinco, encontram-se sedeadas e na dependência das ARS, cabendo-lhes, entre outras, as funções de acompanhamento e controlo dos processos de transferência de utentes, a monitorização da LIC e sua evolução na região, o acompanhamento da produção cirúrgica hospitalar e da produção realizada face à contratada.

As UHGIC encontram-se sedeadas nos vários hospitais e têm como principais competências a centralização da gestão dos inscritos do hospital, actualização permanente da informação administrativa e clínica dos utentes da LIC, o acompanhamento da actividade cirúrgica de cada serviço e confrontação com os respectivos objectivos. As UHGIC também devem prestar toda a informação solicitada pelas URGIC e UCGIC.

As entidades envolvidas no âmbito do SIGIC são as seguintes.

- Conselho de Administração dos Hospitais
- Conselho de Administração das ARS
- Administração Central do Sistema de Saúde
- Direcção Geral da Saúde
- Entidade Reguladora da Saúde
- Ministério da Saúde

Os CA dos hospitais são os primeiros responsáveis pelo tratamento dos utentes de acordo com as regras do SIGIC e pelo dimensionamento das estruturas hospitalares às necessidades dos utentes.

Compete ao CA do hospital:

- Nomear os elementos da UHGIC e destacar um como coordenador;
- Zelar pelo cumprimento das regras do SIGIC;
- Dimensionar a procura no hospital face à capacidade instalada;
- Garantir os meios físicos e humanos necessários à produção de toda a cirurgia;
- Reorientar os utentes para os quais o hospital não tenha capacidade de resposta em tempo útil;
- Optimizar a gestão a nível de bloco operatório e serviços cirúrgicos;
- Garantir a avaliação dos níveis de prioridade clínica de cada proposta;
- Disponibilizar toda a informação solicitada pelas URGIC e pela UCGIC;
- Assegurar a segurança e confidencialidade dos dados.

3.4 Direitos e deveres dos utentes

Aos utentes são reconhecidos os seguintes direitos, conforme o regulamento do SIGIC:

- Fornecer o seu consentimento por escrito para a proposta de intervenção cirúrgica;
- Dispor de uma garantia de tratamento dentro do período máximo de espera;
- Apresentar reclamação por escrito sempre que entenda que se verifica alguma irregularidade.

Os utentes também estão obrigados ao cumprimento dos seguintes deveres:

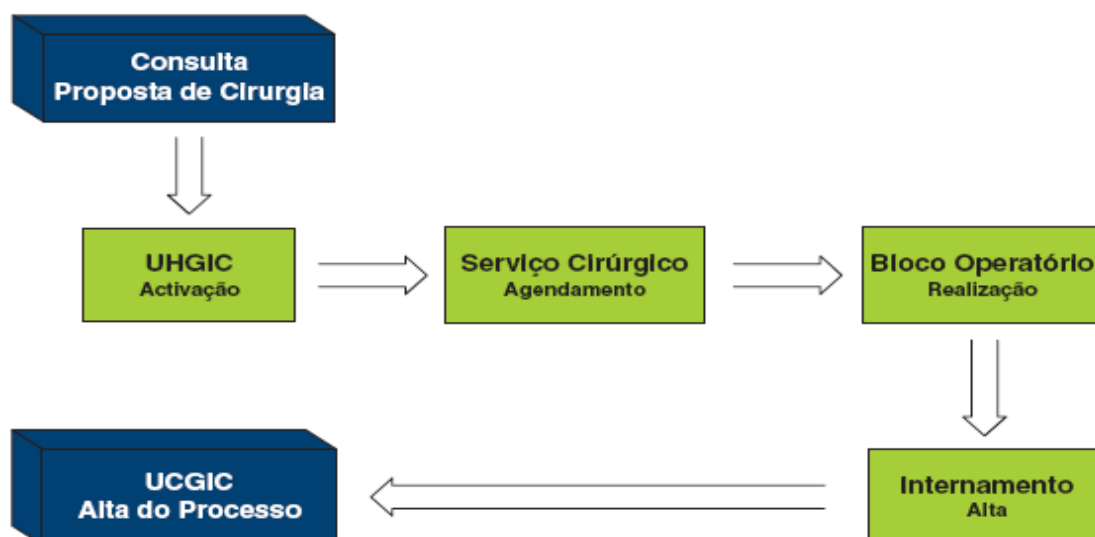
- Manter actualizados os seus dados no registo da LIC
- Informar imediatamente a UHGIC de qualquer situação que o impossibilite ou determine adiamento da intervenção cirúrgica à qual está afectado;
- Justificar com motivo válido a sua não comparência na cirurgia e nos episódios associados ao procedimento cirúrgico;

3.5. Processo de gestão do utente

O processo de gestão do utente divide-se em duas fases distintas, sendo que a segunda fase apenas ocorre após terem sido esgotadas todas as hipóteses de resolução da situação do utente no hospital de origem:

Fase I – Até 75% do tempo máximo de espera o processo é gerido a nível do hospital de origem (Figura 24).

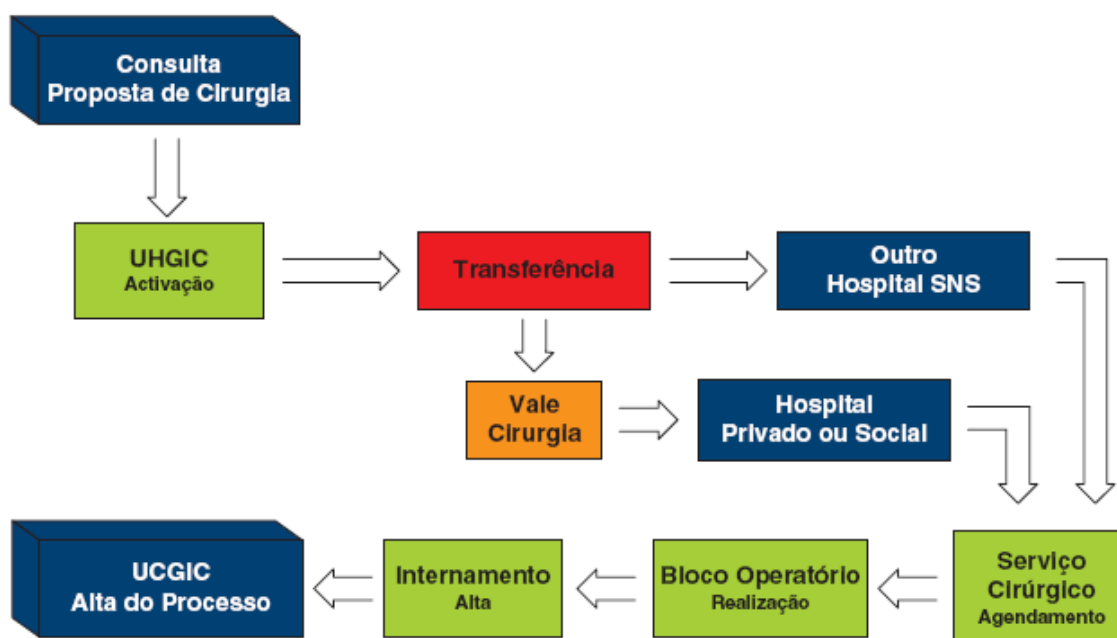
Figura 24 – Fase I do processo de gestão de inscritos para cirurgia



Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

Fase II – Nesta fase, isto é, decorrido mais de 75% do tempo máximo de espera, e excepto nos casos em que o hospital de origem dê garantias de tratamento até 100% do tempo máximo de espera (agendando o utente), ou o utente expressar à UHGIC a recusa em ser transferido, ou quando o hospital justificadamente declara o utente intransferível, o utente é transferido para outro hospital da rede SNS e, no limite, para uma unidade convencionada, externa ao SNS (Figura 25).

Figura 25 – Fase II do processo de gestão de inscritos para cirurgia



Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

O processo de gestão do utente inscrito para cirurgia de um hospital envolve as seguintes etapas:

- Proposta de cirurgia, consentida pelo utente e validada pelo responsável do serviço cirúrgico;
- Activação da inscrição do utente para cirurgia;
- Agendamento da cirurgia;
- Realização da cirurgia;
- Internamento pós-operatório;

- Alta e conclusão do processo do utente.

Os modelos de proposta cirúrgica (Figura 26) e nota de consentimento (Figura 27) apresentados aos hospitais representam o conjunto mínimo de informação proposto para recolha de dados, podendo os hospitais adaptar os seus formulários, que são obrigatórios, uma vez que o sistema de informação do hospital exige o preenchimento dos respectivos campos aquando do registo da proposta cirúrgica.

Figura 26 – Proposta Cirúrgica



O formulário de Proposta Cirúrgica é dividido em várias secções. No topo, à esquerda, há um ícone de um hospital e o texto "Hospital XXXX". À direita, há um bloco de campos para identificação pessoal: Nome, Morada, Telefone (horário laboral e pós-laboral), Data de Nascimento, Nº Processo, Nº de BI, Nº Cartão de Utente e Nº de Beneficiário. Abaixo, há campos para Serviço, Diagnóstico base, Diagnóstico pré-operatório e Procedimento cirúrgico previsto, cada um com uma caixa para CID. Seguem-se campos para Tipo de cirurgia (Convencional ou Ambulatória), Tipo de episódio (Isolado, Bilateralidade, Associado por Complicações ou Associado por Procedimentos Múltiplos), Episódio subsequente (Não ou Sim), Lateralidade (Bilateral, Direito, Esquerdo ou Não Aplicável), Nível de prioridade clínica (Normal, Prioritário, Muito Prioritário ou Urgência Diferida) e Avaliação pré-operatória (Pendente ou Realizada). Há também campos para ASA, Necessidades específicas de suporte peri-operatório e Existência de patologia ou problemas associados. Uma secção de Observações permite justificar o tipo de episódio e a prioridade clínica. No final, há campos para o Médico proponente (nome clínico), a Vinheta do Médico (assinatura) e a data.

Hospital XXXX

Nome: _____
Morada: _____
Telefone (horário laboral) _____ (horário pós-laboral) _____
Data de Nascimento _____
Nº Processo _____ Nº Cartão de Utente _____
Nº de BI _____ Nº de Beneficiário _____
Entidade Responsável _____

Serviço _____ CID _____
Diagnóstico base _____ CID _____
Diagnóstico pré-operatório: _____ CID _____
Procedimento cirúrgico previsto: _____ CID _____

Tipo de cirurgia: ☐ Convencional ☐ Ambulatória
Tipo de episódio: ☐ Isolado ☐ Bilateralidade ☐ Associado por Complicações ☐ Associado por Procedimentos Múltiplos
Episódio subsequente: ☐ Não ☐ Sim
Lateralidade: ☐ Bilateral ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Não Aplicável
Nível de prioridade clínica: ☐ Normal ☐ Prioritário ☐ Muito Prioritário ☐ Urgência Diferida
Nível 1 Nível 2 Nível 3 Nível 4
Avaliação pré-operatória: ☐ Pendente ☐ Realizada
ASA _____
Necessidades específicas de suporte peri-operatório: ☐ Não ☐ Sim
Existência de patologia ou problemas associados: ☐ Não ☐ Sim

Observações:
Justificar o tipo de episódio nos casos "Bilateralidade", "Associado por Complicações" e "Associado por Procedimentos Múltiplos"; Justificar o tipo de episódio nos casos "Bilateralidade", "Associado por Complicações" e "Associado por Procedimentos Múltiplos"; Justificar a prioridade clínica dada à proposta cirúrgica do utente, nos casos "Prioritário", "Muito Prioritário" e "Urgência Diferida"; Especificar as necessidades de suporte perioperatório no caso de resposta "Sim"; Especificar todas as patologias ou problemas associados que possam condicionar o estudo pré-operatório, a admissão ou a intervenção cirúrgica do utente, no caso de resposta "Sim".

Médico proponente _____ (nome clínico)
Vinheta do Médico _____ (assinatura)
_____, ____ de _____ de _____

Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

Figura 27 – Nota de Consentimento



Hospital XXXX

Nome: _____
Morada: _____
Telefone (horário laboral) _____ (horário pós-laboral) _____
Data de Nascimento ☐☐☐☐ ☐☐☐☐
Nº Processo ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nº Cartão de Utente ☐☐☐☐☐☐☐☐
Nº de BI ☐☐☐☐☐☐
Entidade Responsável _____ Nº de Beneficiário ☐☐☐☐☐☐☐☐

Diagnóstico base _____ CID _____

Diagnóstico pré-operatório: _____ CID _____
_____ CID _____
_____ CID _____
_____ CID _____

Procedimento cirúrgico previsto: _____ CID _____
_____ CID _____
_____ CID _____
_____ CID _____

Médico que realiza a indicação _____ (nome clínico)
_____ (assinatura)

Vinheta do Médico

 _____, ____ de _____ de _____

AUTORIZAÇÃO DO UTENTE ou SEU REPRESENTANTE
Eu (nome do utente) _____ com o número de processo clínico _____ confirmo os dados acima apresentados e autorizo a minha inclusão na lista de inscritos para cirurgia para a intervenção cirúrgica proposta tendo lido e aceite os direitos e deveres que me são reconhecidos.

_____, ____ de _____ de _____ (Assinatura)

Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

No entanto, e de forma a facilitar a carga burocrática, o hospital poderá optar por um documento único que inclua a proposta de cirurgia e a nota de consentimento (Figura 28).

Figura 28 – Documento Único – Proposta de Cirurgia e Nota de Consentimento



Hospital XXXX

Nome: _____

Morada: _____

Telefone (horário laboral) _____ (horário pós-laboral) _____

Data de Nascimento ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nº Processo ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nº de BI ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Entidade Responsável _____ Nº de Beneficiário ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Serviço _____ CID _____

Diagnóstico base _____ CID _____

Diagnóstico pré-operatório: _____ CID _____

_____ CID _____

_____ CID _____

Procedimento cirúrgico previsto: _____ CID _____

_____ CID _____

_____ CID _____

_____ CID _____

_____ CID _____

Tipo de cirurgia: ☐ Convencional ☐ Ambulatória

Tipo de episódio: ☐ Isolado ☐ Bilateralidade ☐ Associado por Complicações ☐ Associado por Procedimentos Múltiplos

Episódio subsequente: ☐ Não ☐ Sim

Lateralidade: ☐ Bilateral ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Não Aplicável

Nível de prioridade clínica: ☐ Normal ☐ Prioritário ☐ Muito Prioritário ☐ Urgência Diferida

Nível 1 Nível 2 Nível 3 Nível 4

Avaliação pré-operatória: ☐ Pendente ☐ Realizada

ASA _____

Necessidades específicas de suporte peri-operatório: ☐ Não ☐ Sim

Existência de patologia ou problemas associados: ☐ Não ☐ Sim

Observações:

Médico proponente _____ (nome clínico)

Vinheta do Médico

_____, ____ de ____ de ____

_____, ____ de ____ de ____

AUTORIZAÇÃO DO UTENTE OU SEU REPRESENTANTE

Eu (nome do utente) _____ com o número de processo clínico _____ confirmo os dados acima apresentados e autorizo a minha inclusão na lista de inscritos para cirurgia para a intervenção cirúrgica proposta tendo lido e aceite os direitos e deveres que me são reconhecidos.

_____, ____ de ____ de ____ (Assinatura)

Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

3.6. Estados e movimentos na LIC

Na LIC podem ocorrer os seguintes tipos de estados e movimentos:

- Cancelamento do vale de cirurgia, sendo as circunstâncias para o cancelamento de um VC são várias e obrigam sempre ao registo no sistema informático explicitando um motivo (Quadro 17).

Quadro 17 – Motivos do cancelamento do VC

Nº	Motivos de cancelamento do VC	Responsabilidade
1	Recusa de transferência	Utente
2	Óbito	Utente
3	Utente pede o cancelamento do episódio	Utente
4	Já operado	Utente
5	VC devolvido pelos correios – morada incorrecta	Utente
6	VC devolvido pelos correios – não reclamado	Utente
7	Não activação do VC em 3 meses	Utente
8	VC devolvido por não aceitação em H. convencionados	Hospital
9	Erro administrativo hospital de origem	Hospital
10	Erro administrativo hospital de destino	Hospital
11	Erro administrativo UCGIC	Hospital
12	Proposta cirúrgica não adequada à situação actual do utente	Hospital
13	A pedido do utente – motivo pessoal	Utente

Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

- Inscrição em estado pendente;
- Suspensão administrativa do processo;
- Saída da LIC;
- Perda de antiguidade.

A gestão dos movimentos na LIC é efectuada pela UHGIC do hospital de origem ou pela URGIC/UCGIC nos casos em que ocorrem transferências.

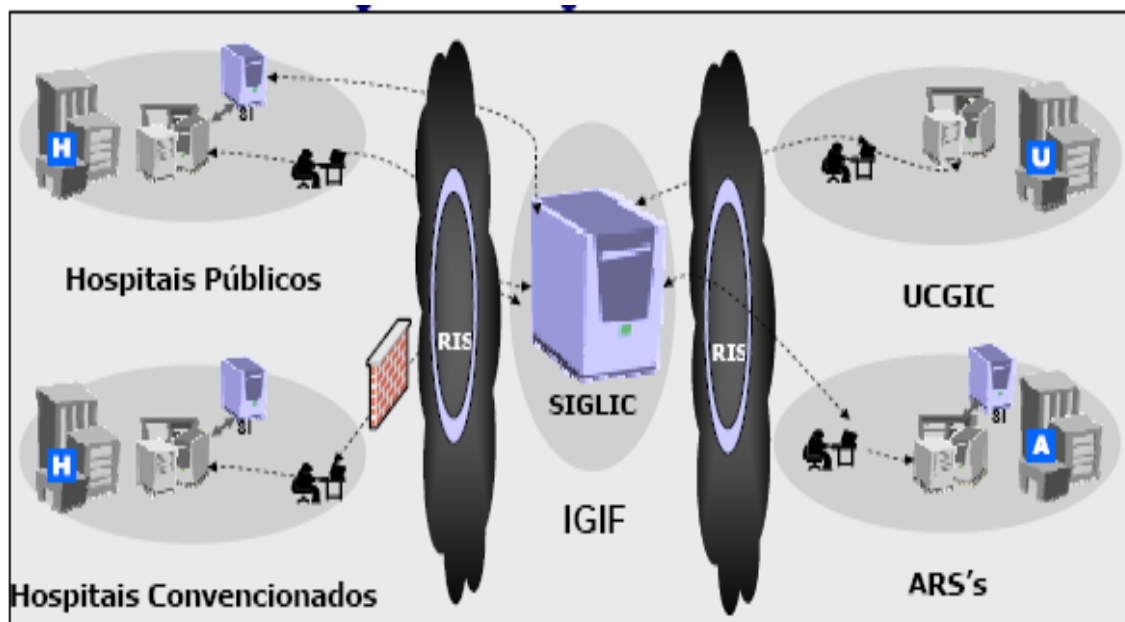
3.7. Sistema de informação de gestão da LIC

Com o SIGIC tornou-se fundamental a existência de uma aplicação informática. Esta aplicação designa-se SIGLIC e foi architectada no sentido de suportar todo o processo de gestão do utente inscrito para cirurgia, desde a fase de inscrição até à fase da realização da cirurgia, passando pelo agendamento e pela

transferência do utente, se for esse o caso. Ou seja, o SIGLIC é a ferramenta que permite centralizar a informação da LIC dos hospitais do SNS e a interacção entre todas as entidades envolvidas no processo de gestão do utente. As unidades hospitalares controlam a LIC através do SONHO (Sistema Integrado de Informação Hospitalar). Se o utente for transferido, o acompanhamento do processo desse utente é efectuado através do SIGLIC

O Sistema Informático (SI) desempenha um papel muito importante no âmbito do SIGIC e o seu carácter integrador possibilita uma visão global na LIC, bem como da execução das cirurgias, sendo uma ferramenta de gestão importante a nível do Hospital, da região e do País. Os sistemas informáticos dos hospitais interagem, por via da rede Informática da Saúde (RIS) (Figura 29). A transferência de utentes e a emissão de vales-cirurgia é feita centralmente, permitindo assim a optimização de recursos.

Figura 29 – Rede de *interfaces* entre os sistemas de informação dos hospitais e o SIGLIC

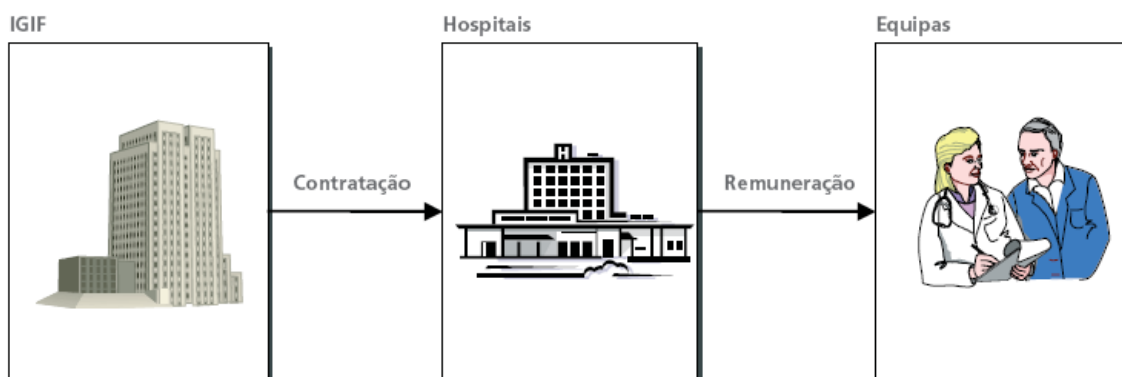


Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

3.8. Sistemas de Financiamento e Remuneração

A realização da produção cirúrgica no âmbito do SIGIC pressupõe um sistema de financiamento ao hospital, mas também um enquadramento novo dos formatos de produção e remuneração.

Figura 30 – Circuito do Sistema de Financiamento do SIGIC



Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

Os princípios base do financiamento hospitalar baseiam-se em remunerar a produção em função do grau de complexidade, medida através do peso do GDH do procedimento. O financiamento decorre de um contrato com o IGIF/ACSS (Quadro 18)

Quadro 18 – Modelo de financiamento decorrente do contrato com o IGIF/ACSS

Financiamento Base	- Financiamento da produção contratada em relação estreita com o histórico da produção e com a capacidade instalada
Financiamento Adicional	- Financiamento da produção contratada acima da capacidade de execução tradicional. - Corresponde à vontade de incrementar a produção e a eficiência.
Financiamento Marginal	- Diferencial entre o contratado e o produzido (para mais ou para menos).

Fonte – Adaptado de Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

Para fazer face à produção contratada com o Ministério da Saúde, os C.A. dos hospitais podem subcontratar produção cirúrgica programada com outros hospitais públicos. Podem ainda contratar com os seus colaboradores, independentemente do vínculo laboral

existente, a produção cirúrgica programada em Modalidade Remuneratória Alternativa (MRA)

O hospital tem de garantir sempre os meios físicos e humanos à produção de toda a cirurgia, com segurança e qualidade, devendo ainda garantir a qualidade dos serviços eventualmente prestados em subcontratação.

A Produção Base é a produção desenvolvida no âmbito dos vínculos contratualmente estabelecidos entre o hospital e os seus colaboradores e é contratada no início do ano, tendo em conta o histórico de produção do hospital e a evolução da sua procura. Esta produção traduz as necessidades financeiras do hospital para suportar os custos fixos e variáveis da produção. Representa a modalidade tradicional de remuneração, em que os colaboradores são pagos em função do tempo, categoria profissional, escalão e funções.

A Produção Adicional traduz as necessidades financeiras do hospital para essa mesma produção (custos variáveis) acrescida de um incentivo. É contratada também no início do ano para fazer face à lista de inscritos do hospital, ou para responder à procura transferida de outros hospitais do SNS. É desenvolvida por acordo estabelecido individualmente com cada membro de uma equipa para a realização de actividade para além do âmbito do seu vínculo contratual. Em termos de remuneração, ela é feita em MRA e está relacionada com a produção realizada e não com o horário.

O valor a pagar para a produção adicional é baseada na tabela de GDH publicada (Portaria nº 132/2003 de 05/02 – Figura 31), ajustada ao doente equivalente (Quadro 19) e de acordo com o GDH gerado à data da alta.

Nos hospitais públicos a produção adicional é toda aquela que for executada após conclusão da produção base.

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Figura 31 – Tabela de GDH Cirúrgicos

GDH	DESIGNAÇÃO	Limiar Inferior	Limiar Superior	Limiar Máximo	Demora Média Nacional
161	Procedimentos para hérnia inguinal/femoral, idade > 17 anos, com CC	2	28	41	8,4
162	Procedimentos para hérnia inguinal/femoral, idade > 17 anos, sem CC	0	14	21	4,3
163	Procedimentos para hérnia, idade 0-17 anos	0	9	14	2,1
164	Apendicectomia com diagnóstico principal complicado, com CC	3	44	65	13,5
165	Apendicectomia com diagnóstico principal complicado, sem CC	1	16	24	5,9
166	Apendicectomia sem diagnóstico principal complicado, com CC	2	36	53	9,2
167	Apendicectomia sem diagnóstico principal complicado, sem CC	0	7	10	3,8
168	Procedimentos na boca, com CC	4	50	73	19,9

Fonte – Adaptado da Portaria nº 132/2003

Quadro 19 – Definição de Doente Equivalente

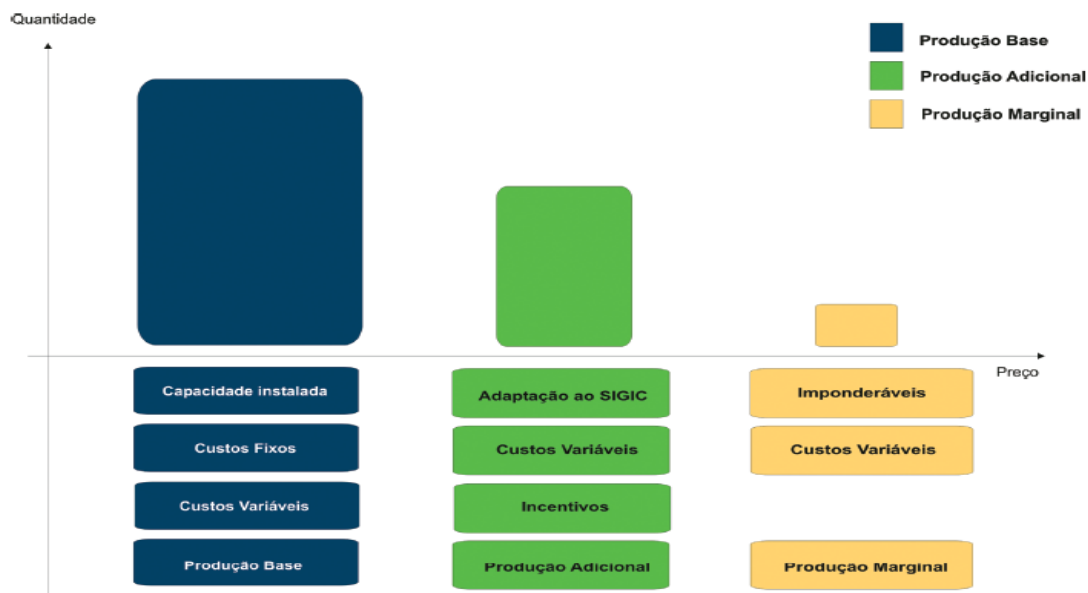
<p>Número total de episódios de internamento que são obtidos após a transformação dos dias de internamento, em conjuntos equivalentes ao tempo médio de internamento dos episódios normais do respectivo GDH. Um doente equivalente corresponde a um conjunto de dias de internamento igual à demora média do respectivo GDH, pelo que é possível converter todos os dias que se situam fora dos limiares de excepção em conjuntos equivalentes a estadias de doentes típicos (doentes normais).</p>
<p>Assim, um episódio de internamento no GDHi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De curta duração corresponde a $\frac{TI}{DMi}$ doentes equivalentes; - Normal corresponde a um doente equivalente; - De longa duração corresponde a $1 + 0,6X\left(\frac{TI - LSi + 1}{DMi}\right)$ doentes equivalentes - De evolução prolongada corresponde a $1 + 0,6X\left(\frac{LMI - LSi + 1}{DMi}\right)$ doentes equivalentes <p>DMi – Demora média nacional do GDHi LSi – Limiar superior do GDHi LMI – Limiar máximo do GDHi TI – Tempo de internamento</p>

Fonte – Adaptado da Portaria 132/2005 de 05/02

A Produção Marginal é a produção não contratada e que corresponde ao diferencial entre o contratado e o efectivamente

produzido. Decorre dos imponderáveis face ao planeamento da produção cirúrgica.

Figura 32 – Modelo de financiamento de um hospital



Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

A execução da produção adicional contratada com os serviços e após conversão em doentes equivalentes dá origem a um pagamento às equipas que a executam de acordo com a tabela de preços publicada através do Despacho nº 24036/2004 de 22/11 (Figura 33). Esta tabela parte de um preço base único, que actualmente é de 1206€, sendo depois multiplicado pelo peso relativo e pelo factor de equilíbrio.

Figura 33 – Tabela de Preços de Produção Adicional

GDH	Designação	Peso relativo (a)	Factor de equilíbrio (b)	Preço
231	Excisão local/remoção de meios de fixação interna excepto anca/fémur	1,60	0,69	1 333,85
232	Artroscopia	0,72	1,00	865,02
233	Outros procedimentos no sistema musculoesquelético e tecido conjuntivo em bloco operatório com CC	3,56	1,00	4 296,85
234	Outros procedimentos no sistema musculoesquelético e tecido conjuntivo em bloco operatório sem CC	1,11	1,44	1 930,82
471	Grandes procedimentos bilaterais ou múltiplos nas articulações do membro inferior	4,04	1,00	4 872,74
491	Grandes procedimentos nas articulações/reimplantação do membro superior	3,48	1,00	4 200,64
496	Artrodese vertebral combinada, anterior/posterior	5,81	1,00	7 001,07
497	Artrodese vertebral com CC	4,83	1,00	5 824,89
498	Artrodese vertebral sem CC	3,34	1,00	4 032,61
499	Procedimentos no dorso e pescoço excepto artrodese vertebral com CC	2,97	1,00	3 583,30
500	Procedimentos no dorso e pescoço excepto artrodese vertebral sem CC	1,56	1,00	1 881,48
501	Procedimentos no joelho com diagnóstico principal de infecção com CC	2,09	1,00	2 520,38
502	Procedimentos no joelho com diagnóstico principal de infecção sem CC	1,74	1,00	2 100,32
503	Procedimentos no joelho sem diagnóstico principal de infecção	1,02	1,01	1 244,12

Fonte – Adaptado do Despacho nº 24036/2004 de 22/11

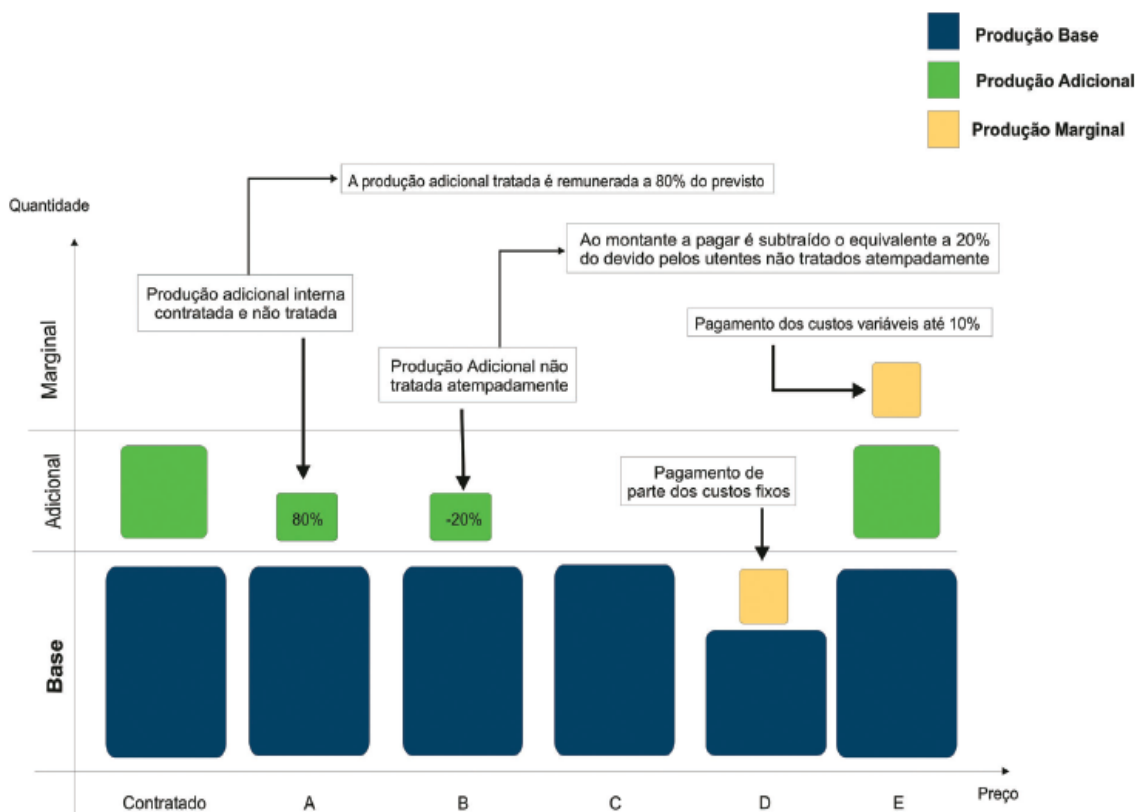
a) Representa o esforço financeiro do hospital para a resolução do episódio; b) Ajusta o preço à oferta de serviços de acordo com as necessidades de cirurgia da população

Estabelecidas as quantidades e calculado o montante devido por um ano de actividade, o hospital receberá mensalmente por conta de um duodécimo deste montante. No final do ano e em sede de acertos, realizar-se-ão as deduções por incumprimento contratual ou por desconformidades com o processo SIGIC.

As penalizações a deduzir por incumprimentos ou desconformidades são as seguintes:

- Pagamento de 80% do preço fixado no caso de a produção adicional ficar abaixo do contratado;
- Subtracção ao montante total de financiamento de 20% do valor acordado para a produção não realizada atempadamente pelo hospital, apesar de ter sido contratada;
- Redução de 10% ao valor correspondente ao preço base de uma unidade de produção da linha de internamento quando se verificar a prática de uma irregularidade e de 50% quando se verificar uma irregularidade grave.

Figura 34 – Desvios da produção realizada face à produção contratada



Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

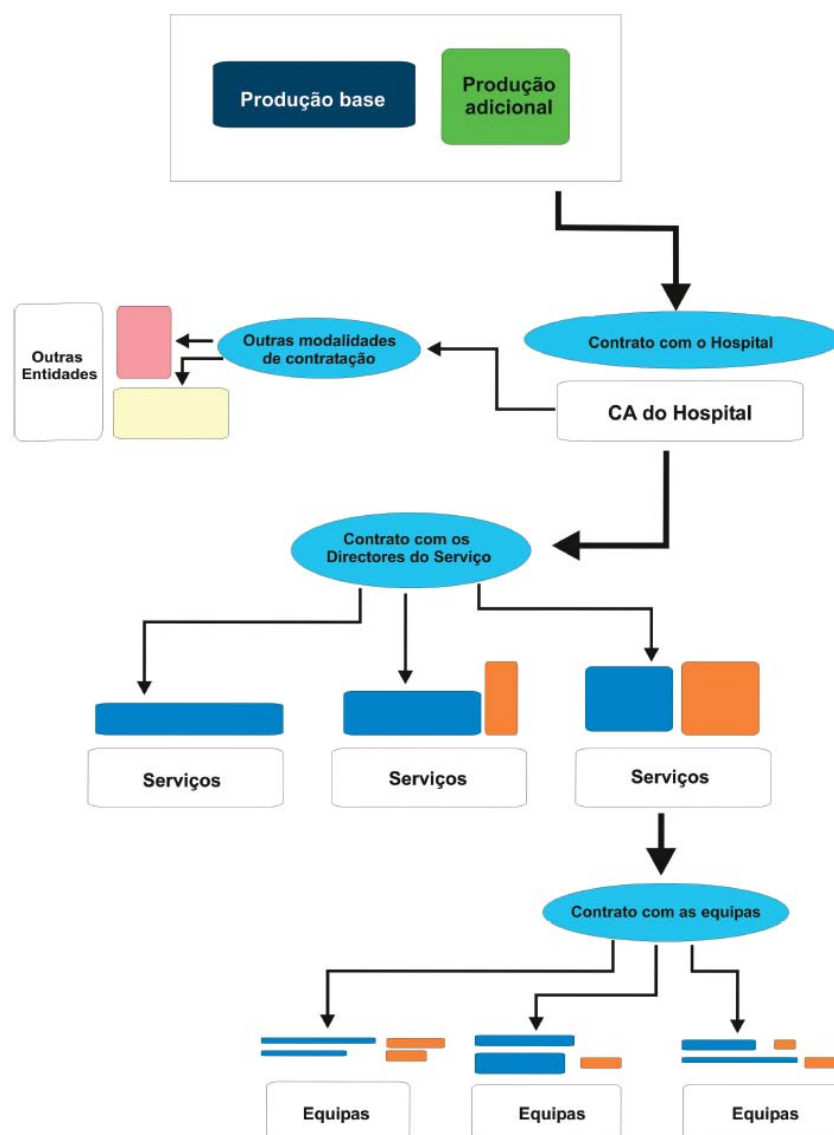
A figura 34 transcreve os cenários possíveis face à contratação de uma determinada produção com a Administração Central do Sistema de Saúde. A coluna A mostra que a produção adicional executada é inferior à contratada, o que acarreta um pagamento a 80% do devido pela produção adicional. Na coluna B verifica-se que uma parcela da produção adicional não é executada atempadamente (3 meses para utentes transferidos de outros hospitais, mais de um ano para utentes do próprio hospital), pelo que cada doente não tratado atempadamente recebe menos 20% do valor a pagar. Na coluna D, verifica-se que a produção base não é atingida. Aqui não há direito a pagamento pela produção adicional, pois ela não existe e relativamente à produção base contratada e não executada, será pago o valor correspondente a 80% do valor estimado dos custos fixos de produção. Para os sectores que não atinjam um mínimo de

50% da actividade prevista, não será remunerada a actividade contratada e não executada.

3.8.1. Sistema de Remuneração

A figura 35 representa o sistema de remuneração. Ao assinar o contrato programa, o hospital compromete-se perante a entidade pagadora a executar uma determinada produção que é orçamentada conforme classificação em Base (PB) ou Adicional (PA).

Figura 35 – Sistema de Remuneração das equipas cirúrgicas



Fonte – Ministério da Saúde – Processo de Gestão do Utente (2005)

Todos os profissionais que possuam vínculo jurídico com a instituição poderão ser membros das equipas constituídas. A remuneração do pessoal é feita em duas modalidades:

- Modalidade Remuneratória Convencional (MRC);
- Modalidade Remuneratória Alternativa (MRA).

Depois de elaborado o contrato programa, o CA reunirá com os directores de serviço e definirá a PB a ser executada em MRC e a PA a ser executada em MRA para cada um dos serviços. Logicamente que estas quantidades podem variar ao longo do tempo para cada procedimento, de acordo com as necessidades estratégicas, já que o SIGIC permite a todo o momento um conhecimento preciso da procura (estado da LIC) e da oferta (cirurgias executadas). Posteriormente, o director de serviço identifica qual a PA em MRA e decide qual a equipa que a pode realizar. A produção em MRA é paga para toda a equipa envolvida de acordo com o previamente estabelecido (Quadro 20). Se for necessário, o hospital negocia novos objectivos e/ou impõe limites aos procedimentos a realizar em face da produção de cada serviço.

Quadro 20 – Remuneração da PA – pagamento às equipas

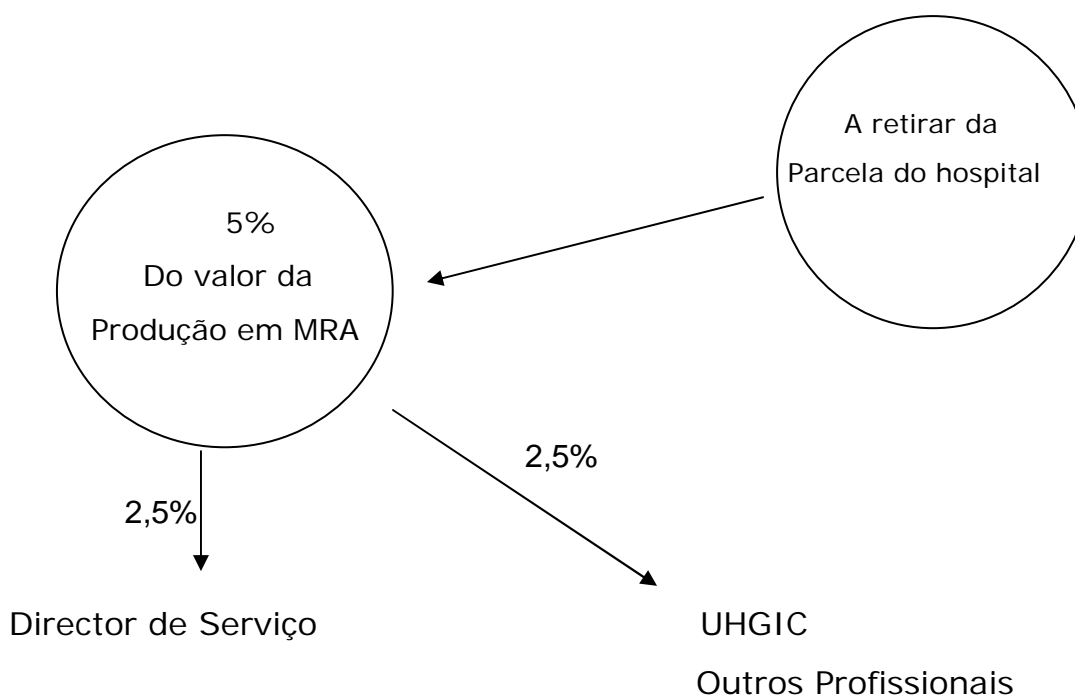
% dos valores da tabela para remuneração das equipas	<ul style="list-style-type: none">- 35% nas cirurgias que incluïrem colocação de próteses- 55% nas cirurgias de ambulatório- 45% nas restantes situações <p>O CA pode fazer variar estas percentagens em mais ou menos 10%</p>
Remuneração dos procedimentos cirúrgicos independentes, simultâneos ou consecutivos	<p>É pago o valor correspondente ao procedimento principal (o de maior valor) mais o valor correspondente ao somatório de 60% dos GDH associados aos procedimentos complementares, até um máximo acumulado correspondente a 60% do procedimento considerado principal</p>

Fonte – Adaptado do Despacho nº 24036/2004 de 21/11

3.8.2. Sistema de Incentivos e Penalizações

A execução atempada e isenta de desconformidades é um valor acrescido para os utentes e para o hospital, já que otimiza as capacidades instaladas e contribui para a diminuição dos tempos de espera para a cirurgia. Neste enquadramento existem contrapartidas para os profissionais indirectamente envolvidos na produção cirúrgica (Figura 36). O CA reserva 5% do valor da produção em MRA, que será trimestralmente convertido numa contrapartida aos profissionais indirectamente envolvidos na produção cirúrgica.

Figura 36 – Incentivos aos profissionais indirectamente envolvidos na produção cirúrgica



Fonte – Adaptado do Despacho nº 24036/2004 de 22/11

O valor de 5% é retirado à componente do hospital, não afectando o montante devido à equipa cirúrgica. As contrapartidas ao director de serviço e aos outros profissionais podem ascender a 50% dos 5% referidos desde que se verifiquem, no trimestre avaliado e cumulativamente as seguintes condições:

- Produção Base > 95% do contratado;
- Produção Adicional > 90% do contratado
- Desconformidades < 5% dos processos
- Inexistência de desconformidades graves.

Relativamente às penalizações, elas encontram-se descritas na figura 34.

4. Conclusão

A linha de produção para a cirurgia programada esteve recentemente, e por força de programas especiais de recuperação da lista de espera, dividida em dois grupos: um decorria geralmente no período da manhã e início da tarde condicionado pelo horário dos profissionais; outro no período da tarde e fora do horário de trabalho, remunerado, não pelo tempo despendido na execução, mas por cada cirurgia. Esta última modalidade permitiu, em vários estabelecimentos hospitalares, o aumento significativo da produção a custos controlados. Permitiu ainda uma gestão flexível face à variação na procura ou face às variações da produção base.

Outro aspecto interessante é o acréscimo da produtividade em vários sectores do hospital, sendo induzidos a dar uma resposta acrescida, com os mesmos recursos, resultante das necessidades criadas pela actividade adicional no bloco operatório. Esta experiência sustentada durante mais de 5 anos, permite concluir que se trata de um sistema de remuneração que responde adequadamente às necessidades dos hospitais.

O SIGIC veio modificar a abordagem ao problema da produção cirúrgica, uma vez que se trata não de um programa isolado para responder a um excedente de procura, mas de um sistema integrado que gere toda a produção cirúrgica. O próprio coordenador da UCGIC destaca o seguinte:

“O SIGIC é um projecto de mudança que procura desviar uma enorme massa, constituída por pessoas, interesses, equipamentos, processos e formas de organização, representando parte significativa do SNS (componente cirúrgica das unidades hospitalares), no sentido duma nova forma de gestão da informação centrada no doente e na actividade hospitalar, dum novo princípio de transparência e da responsabilização de todos os elementos intervenientes. Reorientar esta massa significa vencer a inércia o que implica a aplicação determinada de uma força contínua, persistente, no sentido da mudança até que o novo rumo esteja estabelecido. Este processo exige uma vontade política inabalável, não se compadece com cedências às dificuldades que atravessa e obriga a um investimento contínuo. O processo de mudança encontra-se a meio, nesta fase suspender ou mesmo atenuar o esforço investido significa permitir à elasticidade do sistema o retorno à posição inicial sendo que toda a energia colocada no projecto será absorvida pela plasticidade do mesmo e dissipada em calor. ” (Tribunal de Contas, 2007:9).

E por ser necessário reajustar normas e processos funcionais do SIGIC, foi publicada a Portaria 45/2008 de 15 de Janeiro que veio alterar os prazos do tempo máximo de espera e de mais alguns processos funcionais do SIGIC.

Assim, um doente que esteja há mais de seis meses à espera de marcação de uma cirurgia num hospital público pode ser transferido para uma unidade privada da sua área de residência. E, se recusar, não perde a antiguidade na lista de espera. Estas são algumas das novidades do regulamento do SIGIC, e que passa a abranger também o sector convencionado e não apenas os hospitais públicos.

Até agora, um doente não prioritário teria de esperar nove meses em lista de espera para ter a oportunidade de realizar a cirurgia no sector convencionado (privado e social) e, caso recusasse um vale-cirurgia, perdia a antiguidade no sistema. Além disso, a

referenciação era sempre feita para a rede pública, o que implicava, em muitas situações, longas deslocações, motivo que levava muitos doentes a recusar o tratamento. Com o regulamento agora publicado, a transferência para as unidades convencionadas é diligenciada ao fim de meio ano de espera se a situação for considerada não prioritária (normal). Para os casos prioritários, a referenciação passará a acontecer quando, passado um mês da data de inscrição, o doente ainda não tenha a cirurgia agendada para os 30 dias seguintes. Até agora, a transferência só era possível depois de dois meses de espera e, na prática, tal só acontecia ao fim de quatro. Os doentes classificados como muito urgentes devem ter a sua situação resolvida no espaço máximo de duas semanas, sendo que a prioridade, nestes casos, é a resolução na rede pública.

Outra mudança introduzida pelo novo regulamento é a forma como a referenciação é feita. O princípio da referência aos hospitais públicos, independentemente de se localizarem perto ou longe da área de residência do doente, é substituído pela regra da proximidade. Isto significa que a referenciação para a rede pública só acontece para os hospitais dos concelhos limítrofes da residência do doente. Caso não haja resposta pública, o utente é transferido para um estabelecimento convencionado da sua região. Este era um dos motivos pelo qual os utentes, por razões sociais, chegavam a recusar a intervenção cirúrgica e consequentemente perdiam a antiguidade na LIC.

Mas o nosso estudo neste trabalho não é influenciado por esta nova Portaria. Os dados para este trabalho e toda a base teórica descrita incidem sobre a RCM nº 79/2004 e a portaria nº 1450/2004 que permitiu operacionalizar o SIGIC.

Capítulo VI – Metodologia de Investigação

1. Introdução

Uma investigação é por definição algo que se procura, é um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica (Quivy e Campenhoudt, 2005). No entanto, as coisas não acontecem como parece que acontecem, porque se acontecessem como parece que acontecem, não seria necessária a ciência (Marx, 1978). A intenção dos investigadores não é principalmente descrever, mas sim compreender, uma vez que compreender significa agarrar em conjunto para tornar os fenómenos observáveis tão inteligíveis quanto possível (Quivy e Campenhoudt, 2005).

Segundo Quivy e Campenhoudt (2005) uma investigação académica é composta por três momentos distintos:

- Ruptura – limpar a nossa mente de ideias pré-instituídas e filtrar os nossos conhecimentos teóricos de certos condicionalismos que podem, de alguma maneira enviesar as respostas às questões levantadas, mesmo antes de qualquer estudo;
- Construção – edificar e enriquecer os conhecimentos teóricos que possam ser ferramentas de análise da realidade. A teoria constitui a base de fundamentação daquilo que se vai tentar provar;
- Verificação – engloba a recolha de evidência empírica e a observação dos factos e respectiva comparação com o quadro de análise construído.

Assim, esta investigação segue o rumo sugerido por Quivy e Campenhoudt (2005), no sentido em que pretende:

1. Partindo da pergunta de partida, definir a hipótese base que vai orientar toda a investigação. Neste trabalho, a hipótese base está

inerente aos factores que determinam a externalização de certas cirurgias relativamente a outras;

2. Após a revisão da literatura que permite enquadrar o tema em análise, construir o quadro conceptual de análise;

3. Identificar as variáveis e operacionalizar os conceitos previamente definidos. Recolher informações através da documentação/estatísticas das instituições em análise (dados secundários) e das entrevistas a realizar (dados primários);

4. Analisar os dados, transformando-os em informações que nos permitam retirar um número conveniente de ilações no sentido de responder à questão de partida;

5. As conclusões devem constituir o espelho da própria investigação, permitindo, através da sua leitura, afirmar ou invalidar a hipótese de partida.

O tema desta dissertação é o ***Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas***, por se considerar que ele é um instrumento de integração dos sectores público e privado na concretização de uma política pública na saúde. E o objectivo primordial é tentar compreender que factores levam à externalização das cirurgias, quer para o privado, quer para cirurgia adicional. O fio condutor desta dissertação foi determinado a partir da pergunta de investigação. É através da pergunta de investigação que o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor (Quivy e Campenhoudt, 2005).

Partindo do pressuposto de que o SIGIC é um programa que vai contribuir para o bem-estar individual e social, importará também analisar as questões económicas e organizacionais e, como tal, a pergunta de investigação situa-se neste quadro de referência e coloca-se da seguinte forma: ***Quais os principais factores que determinam a externalização das cirurgias no âmbito do SIGIC?***

A pergunta de partida constitui normalmente um primeiro meio para pôr em prática uma das dimensões essenciais do processo científico: a ruptura com os preconceitos e as noções prévias (Quivy e Campenhoudt, 2005).

No tocante à hipótese orientadora da investigação, ela pretende ser uma tentativa de resposta à pergunta de partida. A hipótese de partida é a de que ***a vertente económica é a principal determinante da externalização de certas cirurgias relativamente a outras, quer para o sector privado, quer para cirurgia adicional.*** Nessa medida, corresponde à hipótese geral de investigação (Quivy e Campenhoudt, 2005).

Segundo Hill e Hill (2005), uma teoria tem por finalidade prever e explicar factos e deve ter três características fundamentais:

- Ser parcimoniosa,
- Ser precisa,
- E ter a capacidade de ser testada.

2. Estudo de caso

Tendo em conta as características desta dissertação, a metodologia de investigação é o estudo de caso.

O objecto de estudo é definido em toda a investigação científica e, a partir desse objecto constrói-se o processo de investigação, delimitando o universo que será estudado. Quando a intenção é estudar o próprio universo, temos os estudos agregados, mas quando se estuda uma unidade ou parte do todo, temos os estudos de caso (Castro, 1978:88).

Segundo Becker (1994) e Goldenberg (1997), o estudo de caso tem origem nas pesquisas médica e psicológica, com a análise de modo detalhado de um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma determinada doença. Já para Chizzotti (2006), o estudo de caso como modalidade de pesquisa origina-se nos estudos antropológicos de Malinowski e na Escola de Chicago. Enquanto Gil

(1995:58) afirma que a sua origem é bastante remota e se relaciona com o método introduzido por C.C.Laugdell no ensino jurídico nos Estados Unidos.

Diversos autores contribuíram, mesmo com posições diferentes, para a apresentação do estudo de caso como modalidade de pesquisa. Para Goode e Hatt (1979), o estudo de caso mantendo o carácter unitário do objecto estudado é um meio de organizar os dados, não sendo uma técnica específica.

Segundo Yin (2001), o estudo de caso representa uma pesquisa empírica que investiga um fenómeno dentro de um contexto da vida real, onde o fenómeno e o contexto se confundem e onde se utilizam múltiplas fontes. Compreende um método abrangente, com a lógica do planeamento, recolha e análise de dados. Pode incluir tanto estudo de caso único como de múltiplos, assim como abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa. É o estudo de uma entidade, uma instituição, um projecto bem definido, e é por natureza uma investigação particularista que estuda deliberadamente uma situação específica.

Também Ventura (2007) afirma que o estudo de caso visa a investigação de um caso específico, bem delimitado e perfeitamente contextualizado em tempo e lugar e que tem o foco numa unidade (um indivíduo, uma organização e etc.) ou múltiplas, nas quais vários estudos são conduzidos simultaneamente: vários indivíduos ou várias organizações, por exemplo.

Para Stake (2000:436), o estudo de caso caracteriza-se pelo interesse em casos individuais e não pelos métodos de investigação que pode abranger. Chama à atenção para o facto de que “nem tudo pode ser considerado um caso”, pois um caso é “uma unidade específica, um sistema delimitado cujas partes são integradas”

Já Ponte (1994) considera o estudo de caso como um estudo de uma entidade bem definida (programa, instituição, pessoa, entre outros), que visa conhecer em profundidade o seu “como” e os seus

“porquês”, evidenciando a sua unidade e identidades próprias. É uma investigação que se assume como particularista, que visa o estudo sobre uma situação específica que se supõe única em muitos aspectos.

Kilpatrick (1988:19) defende que um estudo de caso não constitui, só por si, uma metodologia de investigação bem definida. Ele é essencialmente um *design* de investigação que pode ser orientado num quadro de paradigmas metodológicos bem distintos, como o positivista, o interpretativo e o crítico.

Trata-se de um tipo de pesquisa que tem sempre um forte cunho descritivo. O investigador preocupa-se em dar a conhecer a situação tal como ela lhe surge, não pretendendo nunca intervir nela. Para isso apoia-se numa descrição factual, literal, sistemática e o mais completa possível do objecto em estudo (Ponte, 1994).

No entanto, um estudo de caso não tem de ser meramente descritivo. Pode ter igualmente um profundo alcance analítico. Pode interrogar a situação. Pode confrontar a situação com outras situações já conhecidas e com as teorias existentes. Pode ajudar a gerar novas teorias e novas questões para futura investigação.

Este tipo de investigação não é portanto experimental. Recorre-se a ele quando não se tem controlo sobre os acontecimentos e não é portanto possível manipulá-los (Merriam, 1988; Yin, 2001). O estudo de caso como um *design* não experimental é o mais adequado ao estudo das razões para externalização das cirurgias.

2.1. Vantagens e desvantagens do estudo de caso

Convém referir que o estudo de caso tem limitações na sua abordagem enquanto paradigma metodológico. Dificilmente as características de dois casos podem ser comparadas e raramente os estudos de caso podem ser repetidos e as suas constatações verificadas. O investigador assume uma interpretação subjectiva do significado das descobertas.

Os estudos de caso são geralmente criticados por não permitirem a generalização dos seus resultados. Referindo-se a um único caso, nada nos dizem sobre as suas semelhanças e diferenças com os outros casos. Trata-se duma crítica que subentende a tradição positivista, que persegue a forma de “leis gerais” ou “generalizações” eventualmente “verificáveis” e que durante muitas décadas foi largamente dominante nos paradigmas da investigação. No entanto, a tradição positivista tem ficado muito aquém das expectativas nos resultados a que tem conduzido, devido sobretudo à grande complexidade dos objectos em estudo. Daí a pertinência da realização de investigação com outras metodologias (Ponte, 1994).

A crítica de que os estudos de caso não permitem formular generalizações falha assim o alvo, pois o objectivo deste tipo de pesquisa não é esse, mas sim produzir conhecimento acerca de objectos muito particulares. Se o investigador quer produzir conhecimento acerca de toda uma população, então tem de recorrer a outras abordagens metodológicas (Quadro 21).

Yin (2001) respondendo às críticas que são feitas aos estudos de caso afirma que eles não generalizam para um universo mas para a teoria, ou seja, ajudam a fazer surgir novas teorias ou a confirmar ou infirmar as teorias existentes.

Quadro 21 – Alguns tipos de investigação

Natureza dos dados recolhidos	Estudos descritivos	Estudos de intervenção
Usualmente quantitativa	Inquéritos Estudos correlacionais	Estudos experimentais
Quantitativa ou Qualitativa	Entrevistas clínicas Estudos da avaliação (externa) Estudos de caso	Estudos da avaliação (interna)
Usualmente Qualitativa	Estudos históricos Observação participante Etnografias	Investigação-acção

Fonte – Ponte (1994)

Num estudo de caso formulam-se hipóteses de trabalho que poderão ser testadas em novas investigações e não faz sentido formularem-se conclusões sob a forma de proposições gerais (Ponte 1994).

Num estudo de caso o investigador dispõe de inúmeras fontes de informação que podem ser usadas na sua análise, e isso sim é uma das grandes vantagens do estudo de caso. O cerne de um estudo de caso centra-se no esclarecimento de decisões: porque é que elas foram tomadas? Como foram executadas? E quais foram os resultados obtidos? Estas questões são explicativas e tratam de relações operacionais que ocorrem ao longo do tempo (Yin, 2001).

Outra das grandes utilidades do estudo de caso, segundo Ventura (2007), verifica-se ao nível das pesquisas exploratórias. Devido à sua flexibilidade, é recomendável nas fases iniciais de uma investigação sobre temas complexos, para a construção de hipóteses ou reformulação do problema.

Os estudos de caso estimulam novas descobertas, em função da flexibilidade do seu planeamento; enfatizam a multiplicidade de dimensões de um problema e permitem a análise em profundidade dos processos e das relações entre eles (Ventura, 2007).

Em resumo, os estudos de caso usam-se para compreender a especificidade de uma dada situação ou fenómeno, nunca se usando quando se quer conhecer propriedades gerais de toda a população. O seu objectivo é proporcionar uma melhor compreensão de um caso específico (Merriam, 1988 e Yin, 2001).

O estudo de caso recorre a uma análise especificamente qualitativa, onde esta mesma pesquisa não pretende enumerar ou medir situações, sendo direccionada ao longo do seu desenvolvimento e não recorrendo em geral, à análise estatística como instrumento para análise dos dados (Goode e Hatt, 1979).

A investigação a desenvolver nesta dissertação é baseada na análise qualitativa e quantitativa, de forma a responder à pergunta de

investigação e a validar ou não a hipótese de investigação.

A pesquisa documental é fundamental na metodologia de estudo de caso, pois permite uma variedade de evidências através dos documentos, relatórios e todo um conjunto de registos que servem para analisar uma dada entidade no seu contexto real, tendo assim o investigador um conjunto alargado de fontes que podem ser utilizadas (Yin, 2001).

O universo de estudo seriam todos os hospitais do SNS e convencionados, mas em virtude da grande quantidade de entidades envolvidas e das limitações temporais da dissertação, optou-se por estudos de caso de quatro hospitais da Zona Norte (Vale do Ave e Vale do Cávado), sendo dois EPE, um SPA e um do terceiro sector.

O processo de recolha de dados desenvolveu-se em dois patamares: método de observação directa e indirecta. A observação directa ou recolha de dados secundários foi suportada pela documentação das respectivas instituições: Cirurgias programadas e adicionais; cirurgias adicionais efectuadas (com base nos GDH); contratos-programa dos hospitais e outros dados estatísticos.

A observação indirecta consistiu na recolha de dados primários que foram obtidos pela realização de entrevistas. Este instrumento de recolha é muito importante, mas não podemos esquecer que, pelo facto de a informação não ser recolhida de forma directa, tem um forte cariz de subjectividade.

A recolha e respectiva análise de dados preexistentes, ou seja, de dados secundários é de extrema importância, pois através deles vai-se responder à pergunta de partida e validar ou não a hipótese de investigação.

O objectivo primordial das entrevistas prende-se em conhecer quais as normas de cada instituição na contratualização de cirurgias adicionais.

A metodologia de estudo de caso apresenta grandes potencialidades para o estudo de acontecimentos únicos ou múltiplos,

como é por exemplo o Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera.

A investigação qualitativa tem uma certa auréola de tolerante. Há muitas maneiras de ver um dado fenómeno. Os estudos de caso não têm sempre o mesmo valor, o mesmo alcance e as mesmas implicações. Deve haver capacidade para distinguir a que é investigação adequada da que não é e isso afecta todo o tipo de investigação, incluindo o estudo de caso. A existência de padrões de qualidade é necessária. No entanto, convém lembrar que os propósitos seguidos pelo estudo de caso são diferentes dos propósitos seguidos por outros paradigmas metodológicos, o que leva a que os critérios de qualidade que presidem ao estudo de caso sejam diferentes das outras metodologias (Ponte, 1994).

É neste propósito que Goetz e LeCompte (1984) sugerem cinco critérios de qualidade para a avaliação de estudo de caso:

- Adequação,
- Clareza,
- Carácter completo,
- Credibilidade,
- Significância.

Estes cinco critérios, na sua generalidade não se aplicam só ao estudo de caso, mas transversalmente a toda a investigação qualitativa. A adequação, carácter completo e significância estão relacionados com a formulação do problema e ao modelo geral apresentado no estudo. A clareza tem sobretudo a ver com a forma como o estudo de caso é apresentado e relatado. Relativamente à credibilidade, ela é desdobrada em dois critérios: validade e fidedignidade.

Contudo, Goetz e LeCompte (1984) e Merriam (1988) analisaram com mais pormenor os aspectos relacionados com a credibilidade e deduziram que a validade tem a ver com a precisão dos resultados, já que tem a ver com a fundamentação dos conceitos,

definição dos dados a recolher, dos processos de recolha, organização, análise e interpretação dos dados. A validade pode-se desdobrar em validade conceptual, que está relacionada com a caracterização dos conceitos chave; validade interna, que certifica que as conclusões apresentadas correspondem autenticamente à realidade reconhecida pelos participantes, não sendo uma construção da imaginação do investigador; validade externa, que relaciona o grau em que as representações obtidas podem ser comparadas com outros casos, e finalmente a fidedignidade, que se refere à questão de se saber se a recolha e análise de dados poderiam ser repetidas, com resultados semelhantes.

Estes critérios enunciados por Goetz e LeCompte (1984) sugerem que não se deve exagerar nem desvalorizar a credibilidade. Trata-se de um critério entre outros, pois de pouco serve uma investigação muito credível mas cujo problema é irrelevante.

3. Operacionalização da Pesquisa

Relativamente à operacionalização desta pesquisa o processo de recolha de dados desenvolveu-se em dois patamares: método de observação directa e indirecta.

A observação directa ou recolha de dados secundários foi suportada pela documentação das respectivas instituições: Cirurgias programadas e adicionais; cirurgias adicionais efectuadas (com base nos GDH); contratos-programa dos hospitais e outros dados estatísticos. Também toda a legislação disponível nesta matéria fez parte da informação consultada.

A observação indirecta consistiu na recolha de dados primários que foram obtidos pela realização de entrevistas. Este instrumento de recolha é muito importante, mas não podemos esquecer que, pelo facto de a informação não ser recolhida de forma directa, tem um forte cariz de subjectividade.

A recolha e respectiva análise de dados preexistentes, ou seja,

dados secundários é de extrema importância, pois através deles vai-se responder à pergunta de partida e validar ou não a hipótese de investigação.

Yin (2001) considera que tem que ser dada importância a todos os documentos, mas a sua relevância será determinada pelo grau de autenticidade de cada um deles, considerando a sua fonte.

Neste trabalho de investigação os dados documentais são registos literais das cirurgias efectuadas. Foi este tipo de observação que norteou todo o trabalho empírico de forma a testar a hipótese de investigação. Foram fornecidos pelos hospitais em estudo, os dados constantes nos registos informáticos da UHGIC. É sabido e também se comprovou através dos registos do SONHO que o número de cirurgias efectuadas por serviço e por GDH não coincide com os números apresentados pelo SONHO, mas isso simplesmente se fica a dever ao facto de no SONHO aparecerem todas as cirurgias efectuadas e nos registos informáticos da UHGIC simplesmente as cirurgias devidamente facturadas. Foi por estes últimos dados que toda esta pesquisa se orientou.

Quanto ao outro tipo de observação, ela foi feita por entrevista. Não foi este tipo de observação que serviu para testar a hipótese de investigação, servindo simplesmente para fazer o enquadramento e tentar perceber como é que a nível de cada instituição se regem as cirurgias adicionais e que normas são estabelecidas para essas mesmas cirurgias, ou seja, permitiu estabelecer ideias intuitivas e perceber o que está a montante da realização de cirurgias adicionais.

As entrevistas foram efectuadas aos Presidentes dos Conselhos de Administração ou aos Responsáveis da UHGIC. Tiveram uma estrutura dirigida, dado que foram realizadas baseadas num guião previamente elaborado (ANEXO 1), nunca permitindo uma grande divagação ou fuga ao tema pelos entrevistados, isto também em virtude do tema. No entanto tentou-se sempre que os entrevistados não sentissem qualquer tipo de pressão ou constrangimento e

respondessem sempre às questões de forma clara, simples e transparente. A duração das entrevistas rondou sensivelmente uma hora.

Capítulo VII – Tratamento e Análise dos Dados

1. Instrumento de Análise

A estatística é uma parte da matemática aplicada que fornece métodos para recolha, organização, descrição, análise e interpretação de dados e para a utilização dos mesmos na tomada de decisões. A recolha, a organização, a descrição dos dados, o cálculo e a interpretação de coeficientes pertencem à estatística descritiva, enquanto a análise e a interpretação dos dados, associadas a uma margem de incerteza, ficam a cargo da estatística indutiva ou inferencial, também chamada como a medida da incerteza ou métodos que se fundamentam na teoria da probabilidade (Granzotto, 2002).

Na presença de variáveis com escala quantitativa e grande dispersão dos dados reunidos, recorreu-se à estatística descritiva para cálculo da média ponderada, mediana e moda, utilizando como base na ponderação o factor “adicional” ou “programada” como medidas de tendência central, e do desvio padrão, nos mesmos métodos, como medida de dispersão. A média de uma dada variável é considerada a melhor de todas as características posicionais; o seu cálculo é simples e objectivo e faz intervir todas as observações, além de que se presta facilmente a cálculos algébricos, permitindo-nos estabelecer a sensibilidade do nosso universo relativamente a cada uma das variáveis. A mediana também é uma medida muito importante, pois é um valor situado de tal forma no conjunto que o separa em dois subconjuntos com o mesmo número de elementos e não é afectada por valores extremos. O desvio padrão é a medida mais comum da dispersão estatística. É um indicador de variabilidade bastante estável (Granzotto, 2002).

Para testar a hipótese de investigação usou-se o modelo matemático de regressão linear. Em estatística, regressão linear é um método para se estimar a condicional (valor esperado) de uma

variável y , dados os valores de outras variáveis x . É um modelo matemático que expressa a relação de tipo linear existente entre duas variáveis, tendo por base os valores correspondentes amostrais.

A regressão nasce da tentativa de relacionar um conjunto de observações de certas variáveis, designadas genericamente por X , com as leituras de uma certa grandeza Y . No caso da regressão linear, está subjacente uma relação do tipo: $Y = a + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_p X_p$ onde a, b_1, b_2, \dots, b_p seriam os parâmetros da relação linear procurada. O objectivo pode ser explicativo (demonstrar uma relação matemática que pode indicar, *mas não prova*, uma relação de causa-efeito) ou preditivo (obter uma relação que nos permita, perante futuras observações das variáveis X , *prever* o correspondente valor de Y , sem necessidade de o medir). Independentemente dos objectivos, as variáveis X são muitas vezes designadas por variáveis explicativas – variável independente, uma vez que tentam explicar as razões da variação de Y (Matos, 1995).

Neste trabalho o X (variável independente) é representado pelo valor unitário das cirurgias adicionais que vai tentar explicar a variação das cirurgias adicionais (variável dependente).

Ao nível da metodologia, a representação é feita em gráficos de dispersão. A ferramenta de análise Regressão executa uma análise de regressão linear usando o método dos "mínimos quadrados" para ajustar uma linha a um conjunto de observações. Assim, consegue-se analisar como uma única variável dependente é afectada pelos valores de uma ou mais variáveis independentes.

A equação da recta $Y = a + bX$ presente nos gráficos representa a influência que a variável independente exerce na variável dependente. O a representa o valor da variável dependente quando a variável independente for 0; ponto em que a recta intersecta o eixo dos Y , e o b representa a inclinação da recta; o aumento de uma unidade na variável independente significa um aumento do valor de b na variável dependente (Matos, 1995).

2. Análise dos Dados

Este projecto de investigação recorreu à análise de dados em dois patamares diferentes (dados primários e dados secundários) em quatro hospitais da Zona Norte (Vale do Ave e Vale do Cávado), sendo dois EPE, um SPA e um do terceiro sector.

A observação directa ou recolha de dados secundários foi suportada pela documentação das respectivas instituições: Cirurgias programadas e adicionais (dados do SONHO e da UHGIC); cirurgias adicionais efectuadas (com base nos GDH) e contratos-programa dos hospitais.

A observação indirecta consistiu na recolha de dados primários que foram obtidos pela realização de entrevistas. Este instrumento de recolha é muito importante, mas não podemos esquecer que, pelo facto de a informação não ser recolhida de forma directa, tem um forte cariz de subjectividade.

O tratamento de dados baseou-se nos dados secundários obtidos dos quatro hospitais, que por questão de facilidade, foram denominados de hospital 1, 2, 3 e 4 e dos respectivos serviços cirúrgicos que efectuaram cirurgias adicionais no período em análise (2004-2007).

2.1. Observação Indirecta

A observação indirecta consistiu na recolha de dados primários que foram obtidos pela realização de entrevistas. As entrevistas foram efectuadas aos Presidentes dos Conselhos de Administração ou aos Responsáveis da UHGIC. Tiveram uma estrutura dirigida, dado que foram realizadas baseadas num guião previamente elaborado (ANEXO 1), nunca permitindo uma grande divagação ou fuga ao tema pelos entrevistados. No entanto tentou-se sempre que os entrevistados não sentissem qualquer tipo de pressão ou constrangimento e respondessem sempre às questões de forma clara,

simples e transparente. A duração das entrevistas rondou sensivelmente uma hora.

No entanto, não foi este tipo de observação que serviu para testar a hipótese de investigação, servindo simplesmente para fazer o enquadramento e tentar perceber como é que, a nível de cada instituição, se regem as cirurgias adicionais e que normas são estabelecidas para essas mesmas cirurgias, ou seja, permitiu estabelecer ideias intuitivas e perceber o que está a montante da realização de cirurgias adicionais.

Com base no guião previamente estabelecido, foram entrevistados:

- No Hospital 1 (hospital EPE), a Directora Clínica, como sendo a responsável pela UHGIC.
- No Hospital 2 (hospital EPE), o Presidente do C.A.
- No Hospital 3 (hospital SPA), o Director do Hospital
- No Hospital 4 (hospital do terceiro sector), a Médica responsável pela codificação dos GDH.

Os Hospitais 1 e 2 seguiram basicamente o mesmo enquadramento relativamente às normas que estabeleceram para o SIGIC adicional. As respostas à entrevista (seguindo o guião pré-definido) foram similares e concluiu-se o seguinte relativamente a estes dois hospitais:

- A produção cirúrgica adicional é proposta em contrato-programa, baseada nos dados assistenciais do ano anterior, disponibilidades dos serviços e da capacidade instalada;
- O C.A. está receptivo, independentemente dos dados e propostas apresentadas, a acolher novos números apresentados pelos serviços;
- O Director de Serviço tem por função e depois de reunido o serviço, recolher a informação dos médicos que estão disponíveis e desejam efectuar cirurgias adicionais. Mediante os médicos disponíveis e os números negociados pelo C.A. para o serviço, o

director de serviço estabelece quais os GDH a serem efectuados em adicional e quais as equipas cirúrgicas envolvidas em tal;

- Compete também ao Director de Serviço de cada especialidade envolvida no SIGIC adicional, negociar valores e composição de equipas cirúrgicas. A classificação das cirurgias como SIGIC adicional também é da competência do Director de Serviço, não podendo comprometer nunca a realização de cirurgias programadas. Nunca serão contabilizadas como produção adicional as cirurgias realizadas como urgentes;

- A remuneração à equipa cirúrgica (quadro 22) segue o definido no diploma legal (Despacho nº 24036/2004), cumprindo as percentagens do GDH a distribuir entre a equipa cirúrgica e o hospital;

Quadro 22 – Distribuição de percentagens adoptadas pelos hospitais 1 e 2

	Equipa Cirúrgica	Hospital
Cirurgia com colocação de prótese	35%	65%
Outras cirurgias	45%	55%

Fonte – Elaboração própria

- O Director de Serviço tem a responsabilidade e a competência de definir a distribuição do valor atribuído, pelos profissionais intervenientes nas cirurgias em produção adicional;

- A selecção de doentes para SIGIC adicional tem que ser realizada com base nas LIC, respeitando em primeira linha a classificação das prioridades clínicas e dentro destas a maior antiguidade na inscrição;

- O pagamento das cirurgias adicionais será sempre efectuado após a codificação do episódio de internamento onde será determinado o(s) GDH(s) definitivo(s) e devidamente validado pelo Director de Serviço. Nas intervenções cirúrgicas com mais de um procedimento, o valor a pagar é o que está estipulado no diploma

legal.

Os valores atribuíveis às equipas cirúrgicas serão sempre deduzidos de 20%, que ficarão retidos até à garantia de cumprimento dos objectivos propostos pelo hospital, seja na produção base, seja na adicional.

Trimestralmente, é efectuada uma avaliação do cumprimento dos objectivos propostos em termos de produção base e adicional, sendo o pagamento desta última condicionada à execução da produção base. No primeiro mês do ano seguinte e após verificação do cumprimento dos objectivos do ano anterior, serão efectuados os acertos individuais nos honorários a distribuir por cada profissional.

O Hospital 3, em virtude de ser um hospital SPA, não tem contrato programa, portanto, em termos financeiros não há propriamente uma contratualização, mas em termos produtivos rege-se pelo Orçamento Programa.

- O C.A. juntamente com os Directores de Serviço definem as metas da produção adicional. Metas essas que depois são propostas à ARS;

- A P.A. é efectuada independentemente daquilo que é feito em P.B., no entanto tendo em atenção que ao fim do ano a P.B. tem que ser cumprida;

- O nível de remuneração à equipa cirúrgica é o estipulado no diploma legal;

- A P.A. é paga ao fim do ano, após recebimento da verba da ARS. Toda a P.A. efectuada é paga.

O Hospital 4, por ser um hospital convencionado, o que se passa a montante da produção adicional é totalmente diferente do que se passa nos hospitais públicos.

Aqui, para o ano de 2004, o hospital teve que apresentar uma candidatura com o número de cirurgias propostas e por GDH, para

depois mediante os doentes que não seriam operados no público no tempo definido pelo PECLEC/SIGIC seriam encaminhados para o hospital convencionado, que poderia ser o hospital agora alvo de estudo ou outro qualquer convencionado. Nos anos de 2005 e 2006, o processo de proposta de cirurgias a realizar foi idêntico, embora o modo como os doentes foram parar ao hospital dependa da livre escolha do doente, pois aqui o doente era portador de um vale cirúrgico emitido pelo hospital de origem e deslocar-se-ia ao hospital escolhido por si, desde que convencionado. Os quadros 23 e 24 mostram o número de cirurgias propostas e as realizadas, verificando-se que as cirurgias realizadas ficaram muito abaixo da capacidade instalada do hospital 4.

Quadro 23 – Cirurgias propostas/cirurgias realizadas do hospital 4 no ano de 2004

	2004	
	Nº de cirurgias propostas	Cirurgias realizadas
CIRURGIA	470	34
ORL	390	346
ORTOPEDIA	244	35
TOTAL	1662	563

Fonte – Adaptado da UHGIC do hospital 4

O Hospital negocia com os serviços e com os médicos de cada serviço que estão dispostos a realizar cirurgias adicionais, podendo também médicos externos, mediante acordo com o hospital, efectuarem cirurgias do SIGIC.

A remuneração atribuída à equipa cirúrgica pode ser diferente do que está definido em diploma legal, sendo geralmente negociada com os médicos e tendo por regra um valor superior ao estabelecido em diploma legal. A remuneração é paga no mês seguinte após devida e correcta facturação.

Quadro 24 – Capacidade instalada/cirurgias realizadas pelo hospital 4 nos anos de 2006 e 2007

		2006	2007
	Capacidade Instalada	Doentes Operados	Doentes Operados
CIRURGIA	300*	189	230
ORL	300*	141	150
GINECOLOGIA	300*	5	53
ORTOPEDIA	300*	23	81
TOTAL		358	514

Fonte – Adaptado da UHGIC do hospital 4

(*) - N.º médio de transferências requeridas para o serviço por mês.

Nota: tendo em conta que é o utente que escolhe o hospital, este valor é indicativo

2.2. Observação Directa

A observação directa ou recolha de dados secundários foi suportada pela documentação das respectivas instituições: Cirurgias programadas e adicionais; cirurgias adicionais efectuadas (com base nos GDH); contratos-programa dos hospitais.

Neste trabalho de investigação os dados documentais são registos literais das cirurgias efectuadas. Foi este tipo de observação que norteou todo o trabalho empírico de forma a testar a hipótese de investigação. Os dados constantes nos registos informáticos da UHGIC foram fornecidos pelos hospitais em estudo.

De salientar que todos os dados que vão ser alvo de análise são os dos doentes intervencionados em adicional e não das cirurgias efectuadas, pois um doente pode efectuar mais do que uma cirurgia (diferenças no quadro 25), mas o âmbito deste estudo é baseado somente nos doentes intervencionados, pelo facto de a LIC ser baseada em doentes inscritos e não em cirurgias e também pelo facto das listas de GDH serem baseadas em doentes intervencionados e não em cirurgias (quadro 26).

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Quadro 25 – Exemplo da lista de cirurgias efectuadas / doentes intervencionados

Intervencoes						
	URG.	PROG.	ADIC.	PECLEC	OUTRA	TOTAL
UF-CIRURGIA GERAL	680	798	337	0	5	1820
UF-GINECOLOGIA	52	820	79	0	0	951
UF-OBSTETRICIA	1025	0	0	0	0	1025
UF-OFTALMOLOGIA	0	331	0	0	0	331
UF-ORL	0	416	0	0	0	416
UF-ORTOPEDIA	159	306	203	0	0	668

TOTAIS GERAIS	1916	2671	619	0	5	5211
Doentes						
	URG.	PROG.	ADIC.	PECLEC	OUTRA	TOTAL
UF-CIRURGIA GERAL	554	655	296	0	5	1510
UF-GINECOLOGIA	42	496	77	0	0	615
UF-OBSTETRICIA	907	0	0	0	0	907
UF-OFTALMOLOGIA	0	173	0	0	0	173
UF-ORL	0	215	0	0	0	215
UF-ORTOPEDIA	129	245	187	0	0	561

TOTAIS GERAIS	1632	1784	560	0	5	3981

Fonte – Registo informático do SONHO

Quadro 26 – Listas de internamento por GDH

Tempo de Internamento por GDH							ICD-9-CM			
(Tempo de Internamento)							Ano: 2004			
Análise Efectuada		19-06-200 (10:13)								
Filtro: Doentes saídos entre 01-01-2006 e 31-12-2006; Idade entre 0 e 124; Admissão: SIGIC Adicional; Serviço de Alta: CIRURGIA;										
			Doente		Total Dias		Tempo			Média
GCD	GDH	Descrição	Nº	%	Nº	%	Min.	Médi	Máx.	Etária
7	198	Colecistectomia, sem	60	17,00%	165	31,55%	1	2,75	14	55
5	119	Laqueação venosa e	117	33,14%	124	23,71%	1	1,059	3	47
6	162	Procedimentos para hérnia	80	22,66%	86	16,44%	1	1,075	2	56
6	160	Procedimentos para hérnia	21	5,95%	40	7,65%	1	1,904	4	57
6	158	Procedimentos no ânus e	18	5,10%	26	4,97%	1	1,444	4	44
3	56	Rinoplastia	17	4,82%	19	3,63%	1	1,117	2	36

Fonte – UHGIC

O tratamento de dados vai basear-se nos dados secundários obtidos dos quatro hospitais, que foram denominados de hospital 1, 2, 3 e 4 e dos respectivos serviços cirúrgicos que efectuaram cirurgias adicionais no período em análise (2004-2007).

Esta parte do trabalho envolve os dados e respectivo tratamento estatístico dos quatro hospitais individualmente e por serviço. Iniciamos a análise com estatística descritiva referente aos

quatro hospitais e aos quatro serviços em análise. Posteriormente verificaremos se, no total dos casos em estudo, a hipótese de investigação deste projecto é validada ou não.

Hospital 1

O Hospital 1 é um hospital EPE do vale do Cávado e tem uma área de influência de aproximadamente 160.000 pessoas. No quadro 27 podemos observar a produção adicional e respectiva percentagem face à produção base efectuada por cada serviço do hospital.

Quadro 27 – Produção Adicional por Serviços – Hospital 1 – 2004-2007

	2004		2005		2006		2007		
Serviços	P.A	%	P.A	%	P.A	%	P.A	%	TOTAL
Cirurgia	53	8,5	32	6,2	79	12,5	88	12,9	252
Ginecologia	40	10,6	8	2,3	45	13,1	40	11,1	133
ORL	29	11,8	0		0		0		29
Ortopedia	0		8	1,3	0		0		8
TOTAL	122	9,8	48	3,2	124	12,7	128	12,3	422

Fonte – Elaboração própria

Do quadro 27 verificamos que a produção adicional efectuada pelo Hospital 1 nos anos de 2004 a 2007 foi de 422 cirurgias, tendo sido o serviço de cirurgia que efectuou mais cirurgia adicional (60% do total de produção adicional).

No quadro 28 encontram-se reportados alguns valores de estatística descritiva do hospital 1. De salientar que a média é a média ponderada, usando como base na ponderação o factor “adicional” e programada. Para os restantes campos (ex: desvio padrão) utilizou-se o mesmo método.

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Quadro 28 – Alguns itens de estatística descritiva do hospital 1

Hospital 1 - 2004 a 2007					
Valor Unitário		Adicional		Programada	
Média	1.511,60	Média	2,74	Média	28,09
Mediana	1.219,25	Mediana	0,00	Mediana	14,00
Moda	856,85	Moda	0,00	Moda	8,00
Desvio padrão	937,67	Desvio padrão	6,29	Desvio padrão	31,76
Mínimo	258,00	Mínimo	0,00	Mínimo	0,00
Máximo	5.928,50	Máximo	34,00	Máximo	145,00

Fonte – Elaboração Própria

Hospital 2

O Hospital 2 é um hospital EPE do vale do Ave e tem uma área de influência aproximadamente de 145.000 pessoas. No quadro 29 podemos observar a produção adicional e respectiva percentagem face à produção base efectuada por cada serviço do hospital.

Quadro 29 – Produção Adicional por Serviços – Hospital 2 – 2004-2007

	2004		2005		2006		2007		
Serviços	P.A	%	P.A	%	P.A	%	P.A	%	
Cirurgia	70	9,2	6	1	110	14,7	293	31,4	479
Ginecologia	0		0		75	11,1	76	12,8	151
ORL	58	22,6	0		0		0		58
Ortopedia	117	39,1	9	4,7	135	33,2	185	43	446
TOTAL	245		15		320		554		1134

Fonte – Elaboração Própria

Da análise do quadro 29 verificamos que a produção adicional efectuada pelo Hospital 2 nos anos de 2004 a 2007 foi de 1134 cirurgias, tendo sido o serviço de cirurgia que efectuou mais cirurgia adicional (42% do total de produção adicional), com o serviço de Ortopedia também a efectuar 39% das cirurgias adicionais.

No quadro 30 estão referidos alguns valores de estatística descritiva do hospital 2. De salientar que a média é a média

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

ponderada, usando como base na ponderação o factor “adicional” e programada. Para os restantes campos (ex: desvio padrão) utilizou-se o mesmo método.

Quadro 30 – Alguns itens de estatística descritiva do hospital 2

Hospital 2 - 2004 a 2007					
Valor Unitário		Adicional		Programada	
Média	1.837,72	Média	4,40	Média	17,58
Mediana	1.480,66	Mediana	0,00	Mediana	6,00
Moda	883,72	Moda	0,00	Moda	4,00
Desvio padrão	1.206,88	Desvio padrão	12,17	Desvio padrão	30,83
Mínimo	504,08	Mínimo	0,00	Mínimo	0,00
Máximo	7.428,16	Máximo	72,00	Máximo	224,00

Fonte – Elaboração Própria

Hospital 3

O Hospital 3 é um hospital SPA do vale do Ave e tem uma área de influência aproximadamente de 110.000 pessoas. No quadro 31 podemos observar a produção adicional e respectiva percentagem face à produção base efectuada por cada serviço do hospital. Depara-se, no mesmo quadro, que o serviço de cirurgia contribuiu com 59% da produção adicional nos quatro anos em estudo. Verifica-se igualmente que, face aos hospitais 1 e 2, este hospital teve uma quantidade muito maior de produção adicional. O hospital 1 (quadro 27) teve uma produção adicional de 422 cirurgias, o hospital 2 (quadro 29), 1134 cirurgias.

Quadro 31 – Produção Adicional por Serviços – Hospital 3 – 2004-2007

	2004		2005		2006		2007		
Serviços	P.A	%	P.A	%	P.A	%	P.A	%	
Cirurgia	321	44,5	302	37,1	332	45	337	45,7	1292
Ginecologia	0		0		0		0		0
ORL	22	8,3	56	19	120	27,2	175	40,1	373
Ortopedia	114	27,2	128	31,7	123	28,7	160	42,3	525
TOTAL	457		486		575		672		2190

Fonte – Elaboração Própria

No quadro 32, podem-se verificar alguns valores de estatística descritiva referentes ao hospital 3. Uma vez mais, a média é a média ponderada, usando como base na ponderação o factor “adicional” e programada. Para os restantes campos (ex: desvio padrão) utilizou-se o mesmo método.

Quadro 32 – Alguns itens de estatística descritiva do hospital 3

Hospital 3 - 2004 a 2007					
Valor Unitário		Adicional		Programada	
Média	1.736,99	Média	8,83	Média	15,68
Mediana	1.353,45	Mediana	1,00	Mediana	6,00
Moda	1.795,46	Moda	0,00	Moda	2,00
Desvio padrão	1.418,68	Desvio padrão	22,83	Desvio padrão	21,23
Mínimo	181,74	Mínimo	0,00	Mínimo	0,00
Máximo	12.621,91	Máximo	178,00	Máximo	114,00

Fonte – Elaboração Própria

Hospital 4

O Hospital 4 é um hospital do sector social do vale do Ave e tem uma área de influência aproximadamente de 80.000 pessoas. Este hospital funciona como um hospital convencionado para a realização de cirurgias do SIGIC. É um hospital que não gera doentes próprios para cirurgia adicional. Em 2004 recebia os doentes enviados por hospitais públicos onde os doentes não eram intervencionados no chamado tempo útil. Portanto, a realização de cirurgia adicional neste hospital depende do envio de doentes dos hospitais públicos, através da decisão do hospital. Nos anos de 2006 e 2007, o sistema foi o mesmo, mas neste período, a chegada dos doentes para a realização de SIGIC adicional depende da vontade dos próprios doentes, pois os doentes nestes anos eram portadores de um vale-cirurgia, que permitia ao doente escolher a instituição, desde que convencionada.

No quadro 33 podemos observar a produção adicional e a respectiva percentagem de cada serviço. No ano de 2005 não se realizaram cirurgias em SIGIC adicional

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Quadro 33 – Doentes intervencionados em SIGIC adicional no hospital 4

	2004		2006		2007		TOTAL
	P.A.	%	P.A.	%	P.A.	%	
CIRURGIA	182	32,3	189	53	230		601
ORL	346	61,5	141	39,3	150		637
GINECOLOGIA	0		5	1,3	53		58
ORTOPEDIA	35	6,2	23	6,4	81		139
TOTAL	563		358		514		1435

Fonte – UHGIC do hospital 4

Neste hospital, os serviços de otorrino (44%) e cirurgia (42%) tiveram cerca de 86% dos doentes intervencionados em SIGIC adicional.

No quadro 34, encontramos alguns valores de estatística descritiva para o hospital 4. De salientar que a média é a média ponderada, usando como base na ponderação o factor “adicional” e programada. Para os restantes campos (ex: desvio padrão) utilizou-se o mesmo método.

Quadro 34 – Alguns itens de estatística descritiva do hospital 4

Hospital 4 - 2004 a 2007			
Valor Unitário		Adicional	
Média	1.697,90	Média	18,40
Mediana	1.191,39	Mediana	9,00
Moda	1.194,38	Moda	1,00
Desvio padrão	1.832,31	Desvio padrão	31,50
Mínimo	412,02	Mínimo	1,00
Máximo	11.064,70	Máximo	199,00

Fonte – Elaboração Própria

Analisando agora os dados globais dos quatro hospitais e dos quatro anos podemos verificar que, relativamente aos doentes

intervencionados, quer em cirurgia programada ou adicional, foram intervencionados 17931 doentes ao longo dos quatro anos em estudo, tendo sido o ano de 2007 aquele em que se verificaram mais intervenções (quadro 35).

Quadro 35 – N° de doentes intervencionados de 2004 a 2007

Ano	N° de doentes intervencionados	Percentagem
2004	4533	25,3
2005	3812	21,3
2006	4651	25,9
2007	4935	27,5
Total	17931	100,0

Fonte – elaboração Própria

Podemos observar no quadro 36 os doentes intervencionados por hospital e no quadro 37 observamos os doentes intervencionados por serviço no conjunto dos quatro hospitais em estudo

Quadro 36 – N° de doentes intervencionados (programada e adicional) por hospital

Hospital	N° de doentes intervencionados	Percentagem
1	4748	26,5
2	5669	31,6
3	6079	33,9
4	1435	8,0
Total	17931	100,0

Fonte – Elaboração Própria

Da análise do quadro 36 verifica-se que o hospital com mais doentes intervencionados, ao longo dos quatro anos, foi o hospital 3 com 33,9% dos doentes intervencionados. Os 8% do hospital 4 são relativos a SIGIC adicional, pois neste hospital não se entra em linha de conta com a cirurgia programada, em virtude de toda a cirurgia adicional provir do exterior e não da cirurgia programada feita no hospital.

Quadro 37 – Nº de doentes intervencionados por serviço

Serviço	Nº de doentes intervencionados	Percentagem
Cirurgia	9131	50,9
Ginecologia	2755	15,4
Otorrino	2578	14,4
Ortopedia	3467	19,3
Total	17931	100,0

Fonte – Elaboração Própria

Do quadro 37, ressalta que ao nível de doentes intervencionados por serviços, nos quatro hospitais, o serviço de cirurgia na globalidade contribuiu com 50,9% dos doentes intervencionados.

Relativamente à parte da estatística descritiva, podemos observar os quadros no Anexo 2 que nos descrevem os valores de tendência central e de dispersão por serviço nos hospitais 1, 2 e 3 (hospitais públicos) e, separadamente, os dados do hospital 4 (um hospital do terceiro sector) para todos os anos em análise (2004-2007). De salientar que a média é a média ponderada, usando como base na ponderação o factor “adicional” e programada. Para os restantes campos (ex: desvio padrão) utilizou-se o mesmo método.

Quadro 38 – Total de doentes intervencionados por tipo de intervenção

Tipo de Intervenção	Nº de doentes intervencionados	Percentagem
Programada	12750	71,1
Adicional	5181	28,9
Total	17931	100,0

Fonte – Elaboração Própria

No quadro 38 verificamos que os doentes intervencionados ao longo dos quatro anos em estudo nos quatro hospitais em SIGIC adicional representam 28,9% dos doentes intervencionados. Mas 42,3% desses doentes foram intervencionados no hospital 3 (quadro

39). O hospital 3, além de ser o hospital com mais doentes intervencionados na globalidade (quadro 36) também foi o hospital com mais SIGIC adicional.

Quadro 39 – Total de doentes intervencionados em SIGIC adicional

Hospital	Nº de doentes intervencionados	Percentagem
1	422	8,1
2	1134	21,9
3	2190	42,3
4	1435	27,7
Total	5181	100,0

Fonte – Elaboração Própria

De modo a testar a hipótese central da nossa investigação, procedemos à análise de regressão multivariada empregando dados dos quatro hospitais e quatro serviços (cirurgia, ginecologia, ortopedia, ORL). O quadro 40 inclui uma descrição de todas as variáveis incluídas no modelo de regressão, bem como a estatística descritiva associada a estas variáveis. As nossas variáveis de interesse substantivo são *Valor* e *Programada*. As restantes variáveis são binárias e operam como controlo estatístico para o tipo de hospital, o tipo de serviço e o ano em que cada doente foi intervencionado.

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Quadro 40 – Sumário das Variáveis e Estatística Descritiva

Variável	Descrição	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Adicional (Dependente)	Número de Doentes Intervencionados em Cirurgias Adicionais	7,001	18,932	0	199
Valor	Custo por GDH do Doente Intervencionado	1725,8	1314,6	181,74	12621,91
Programada	Número de Doentes Intervencionados em Cirurgias Programadas	17,230	27,344	0	224
Hospital 2	Doente Intervencionado no Hospital 2 (Variável Binária; 1=Sim)	0,348	0,477	0	1
Hospital 3	Doente Intervencionado no Hospital 3 (Variável Binária; 1=Sim)	0,339	0,474	0	1
Hospital 4	Doente Intervencionado no Hospital 4 (Variável Binária; 1=Sim)	0,105	0,307	0	1
2004	Doente Intervencionado no ano de 2004 (Variável Binária; 1=Sim)	0,239	0,427	0	1
2005	Doente Intervencionado no ano de 2005 (Variável Binária; 1=Sim)	0,211	0,408	0	1
2006	Doente Intervencionado no ano de 2006 (Variável Binária; 1=Sim)	0,270	0,444	0	1
Cirurgia	Doente Intervencionado no serviço de Cirurgia (Variável Binária; 1=Sim)	0,498	0,500	0	1
Ginecologia	Doente Intervencionado no serviço de Ginecologia (Variável Binária; 1=Sim)	0,111	0,314	0	1
ORL	Doente Intervencionado no serviço de ORL (Variável Binária; 1=Sim)	0,143	0,350	0	1

Nota: Ano omitido: 2007; Serviço omitido: Ortopedia; Hospital omitido: Hospital 1.

A nossa variável dependente é o número de cirurgias adicionais por GDH. Dado que se trata de uma variável de contagem, realizamos o teste de Shapiro-Wilk (quadro 41) para aferir da distribuição normal da mesma. Com base no teste, rejeitamos

inequivocamente a hipótese de uma distribuição normal da variável dependente.

Quadro 41 – Resultados do Teste de Shapiro-Wilk

Variável	Observações	W	V	Z	Prob > Z
Adicional	740	0,51468	232,758	13,328	0,0000

Em seguida, coloca-se a questão de determinar até que ponto a regressão de Poisson é a mais apropriada para estimar o nosso modelo econométrico. Para tal, utilizamos o *goodness-of-fit* χ^2 para aferir essa adequação. A enorme significância estatística ($\chi^2=8394,5$; $\text{Prob}>\chi^2(614)=0,000$) indica que o modelo de Poisson é inapropriado, pelo que optamos pelo modelo binomial negativo.

A possibilidade de um excesso de valores “zero” numa variável de contagem deve ser igualmente acautelada, pelo que recorremos ao teste de Vuong (1989) no sentido de escolher o modelo mais adequado. Os resultados do teste de Vuong, reportados na última linha do quadro 43, indicam diferenças estatisticamente significativas entre o modelo binomial negativo standard e o modelo binomial negativo com zeros inflacionados. Dado o valor positivo e significativo de Z, optamos pelo modelo binomial negativo com zeros inflacionados.

Para além das razões estatísticas para a escolha, existem igualmente razões substantivas. Este modelo é utilizado quando existem motivos estruturais que podem explicar a abundância de valores “zero” na variável dependente. Neste caso particular, muitas observações podem ter valor “zero” porque simplesmente cada hospital pode não fazer intervenções adicionais em GDH específicos. Assim, o modelo possui duas componentes: uma, binomial negativa, que explica a variação no número de doentes intervencionados em cirurgia adicional e outra, baseada num modelo logit, que explica a

ocorrência de zeros por motivos estruturais (a probabilidade de um valor “zero” ocorrer é igual a 1. Por outras palavras, um “zero” na variável dependente pode ficar a dever-se tanto a razões estruturais (o hospital não está equipado para realizar intervenções num GDH específico) ou a razões operacionais (o hospital está preparado, mas não ocorreu procura num dado ano). O modelo binomial negativo com zeros inflacionados permite acautelar este problema.

Os resultados do modelo binomial negativo com zeros inflacionados aparecem reportados no quadro 42. Na componente binomial negativa os coeficientes são interpretados como rácios de incidência (IRR), e^b , em vez de b . Como exemplo, o hospital 2 tem, em média, uma taxa de doentes intervencionados em cirurgia adicional 2,8 vezes superior ao hospital 1. No caso mais flagrante, o hospital 4 tem uma taxa 16,8 vezes superior.

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Quadro 42 – Resultados do Modelo Binomial Negativo com Zeros Inflacionados

Variável	IRR /Coef.	Erro-Padrão	Z	P> |Z|
Binomial Negativo				
Valor	0,999	0,000	-0,39	0,696
Programada	1,036	0,004	8,39	0,000
Hospital 2	2,859	0,922	3,26	0,001
Hospital 3	3,287	0,896	4,35	0,000
Hospital 4	16,757	5,631	8,39	0,000
2004	0,930	0,199	-0,34	0,735
2005	0,526	0,133	-2,53	0,011
2006	0,756	0,141	-1,50	0,134
Cirurgia	1,002	0,243	0,01	0,992
Ginecologia	0,632	0,274	-1,06	0,290
ORL	0,961	0,288	-0,13	0,896
Logit				
Valor	0,000	0,000	1,68	0,093
Programada	-0,055	0,014	-3,96	0,000
Hospital 2	0,919	0,566	1,62	0,104
Hospital 3	-1,751	0,766	-2,28	0,022
Hospital 4	-23,108	8483,5	-0,00	0,998
2004	1,294	0,518	2,50	0,013
2005	1,923	0,579	3,32	0,001
2006	0,082	0,509	0,16	0,872
Cirurgia	1,911	0,603	3,17	0,002
Ginecologia	3,773	0,922	4,09	0,000
ORL	2,691	0,799	3,37	0,001
Constante	-2,489	0,970	-2,57	0,010
Lalpha	0,722	0,973	7,43	0,000
N=736 Zeros=382 LR chi² (11) =134,65 Prob>chi² = 0,000 Log likelihood=-1514,1				
Vuong Test de Modelo Binomial Negativo com Zeros Inflacionados <i>versus</i> Modelo Binomial Standard: Z = 4,23; Pr>Z=0,000				

O resultado mais relevante refere-se à nossa hipótese, contida na variável *Valor*. O rácio de incidência é próximo de 1 e não atinge significância estatística aos níveis convencionais. Tal permite-nos concluir que o custo da cirurgia não influencia a escolha dos doentes intervencionados em cirurgia adicional. Um último resultado merece ainda referência: por cada doente intervencionado em cirurgia programada, a probabilidade de um doente ser intervencionado em cirurgia adicional aumenta em 3,6 por cento.

No que diz respeito à segunda componente do nosso modelo, um coeficiente positivo no processo binário aumenta a probabilidade de uma observação “zero” igual a 1 (Long, 1997). Por outras palavras, um coeficiente positivo é associado com menor valor esperado de doentes intervencionados em cirurgia adicional. Neste caso, a variável *Valor* é estatisticamente significativa ao nível de 90%. A inspecção do sinal positivo do coeficiente indicia que as cirurgias com custo mais elevado são menos frequentemente convertidas em adicional. Porém, dado que o valor do coeficiente é tão próximo de zero, não podemos afirmar convictamente que quanto maior o custo da cirurgia, maior a probabilidade da ausência de intervenções em cirurgia adicional.

Um outro resultado relevante é o coeficiente estatisticamente significativo da variável *Programada*, indicando um aumento da probabilidade da ocorrência de doentes intervencionados em cirurgia adicional como consequência do aumento de uma unidade na variável *Programada*. Por último, o coeficiente negativo da variável Hospital 3 aponta para uma maior probabilidade de ocorrência de doentes intervencionados em cirurgia adicional neste hospital.

Capítulo VIII – Conclusões

O movimento de reforma nascido de reservas quanto à eficiência do sector público não passou ao lado do sector da saúde, particularmente do hospital público, em que assumiu objectivos e modos específicos das reformas organizacionais, para, na sequência do movimento anteriormente ocorrido noutros domínios, também recorrer à externalização de serviços e às parcerias público-privadas.

Na última década, os cidadãos têm vindo a demonstrar, de forma crescente, um descontentamento face ao tempo de espera para a realização de cirurgias. Esta realidade deu lugar a algumas iniciativas governamentais que procuraram, através de programas públicos, diminuir o número de utentes em lista de espera há mais de um ano. Destaque-se, neste âmbito, o PPA (Programa para a Promoção do Acesso) que se iniciou em 1999 e que progrediu para o PECLEC (Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas), iniciado em 2002. Este Programa foi concebido com um carácter temporário (duração de dois anos) para fornecer uma resposta rápida e eficiente às situações emergentes e críticas dos utentes.

Rapidamente se constatou que, uma vez terminadas estas iniciativas, o problema do tempo de espera se iria agravar. Assim, foi publicada em 24 de Junho a Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, pela qual é criado o SIGIC (Sistema Integrado da Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia), para abarcar o problema na sua globalidade (reduzir o tempo médio de espera por uma cirurgia, mas também controlar o tempo máximo de espera) e que, de uma forma contínua e permanente, caminhasse para a resolução desta situação que continua a ser uma das principais preocupações da população.

Mediante a aplicação desta política pública de Saúde, o tema da dissertação foi o ***Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas***, por se considerar que ele é um instrumento de

integração dos sectores público e privado na concretização de uma política pública na saúde.

Partindo do pressuposto de que o SIGIC é um programa que vai contribuir para o bem-estar individual e social, analisaram-se então as questões económicas e organizacionais e, como tal, a pergunta de investigação situou-se no quadro de referência seguinte: ***Quais os principais factores que determinam a externalização das cirurgias no âmbito do SIGIC?***

A hipótese de partida foi a de que ***a vertente económica é o principal determinante da externalização de certas cirurgias relativamente a outras, sobretudo para o sector privado.*** Nessa medida, corresponde à hipótese geral de investigação (Quivy e Campenhoudt, 2005).

Uma investigação é por definição algo que se procura, é um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica (Quivy e Campenhoudt, 2005). Assim, esta investigação seguiu o rumo sugerido por Quivy e Campenhoudt (2005), no sentido em que se pretendeu:

1. Ao partir da pergunta de partida, definiu-se a hipótese base que orientou toda a investigação. Neste trabalho, a hipótese base está inerente aos factores que determinam a externalização de certas cirurgias relativamente a outras;

2. Após a revisão da literatura, construiu-se o quadro conceptual de análise;

3. Identificaram-se as variáveis e operacionalizaram-se os conceitos previamente definidos;

4. Analisaram-se os dados, transformando-os em informações que nos permitiram retirar um número conveniente de ilações no sentido de responder à questão de partida.

E agora neste capítulo iremos descrever as conclusões, que serão o espelho desta investigação, permitindo, através da sua leitura, afirmar ou invalidar a hipótese de partida.

O objecto de estudo é definido em toda a investigação científica e, a partir desse objecto constrói-se o processo de investigação, delimitando o universo que será estudado (Castro, 1978). Tendo então em conta as características desta investigação, a metodologia de investigação utilizada foi o estudo de caso.

Os estudos de caso são geralmente criticados por não permitirem a generalização dos seus resultados. Referindo-se a um único caso, nada nos dizem sobre as suas semelhanças e diferenças com os outros casos (Ponte, 1994).

Yin (2001) respondendo às críticas que são feitas aos estudos de caso afirma que eles não generalizam para um universo mas para a teoria, ou seja, ajudam a fazer surgir novas teorias ou a confirmar ou infirmar as teorias existentes. Este tipo de metodologia de estudo de caso apresenta grandes potencialidades para o estudo de acontecimentos únicos ou múltiplos, como é, por exemplo, o Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera.

Para testar a hipótese de investigação usou-se o modelo matemático de regressão linear. Em estatística, regressão linear é um método para se estimar a condicional (valor esperado) de uma variável y , dados os valores de algumas outras variáveis x . É um modelo matemático que expressa a relação de tipo linear existente entre duas variáveis, tendo por base os valores correspondentes amostrais. A representação gráfica da regressão linear pretende ser explicativa, ou seja, demonstrar uma relação matemática que pode indicar, mas não prova, uma relação de causa-efeito (Matos, 1995)

Nos quatro hospitais estudados e sempre no intuito de estudar a validade ou não da nossa hipótese de investigação, analisaram-se todos os doentes intervencionados em SIGIC adicional, para se poder verificar se os doentes assim intervencionados (variável dependente)

eram influenciados pelo valor unitário da cirurgia (variável independente).

Este trabalho de investigação não é um fim em si mesmo, pois permite abrir portas para outro tipo de abordagens no estudo do Programa SIGIC. Este programa está relativamente bem estudado sobretudo na sua vertente mais operacional, ou seja, na diminuição dos doentes inscritos para cirurgia e na diminuição do tempo médio de espera por cirurgia. Mas a percepção dos motivos que levam determinados tipos de cirurgias a serem efectuadas em adicional não está estudado, portanto esta investigação foi algo de inovador nesse âmbito, pois tentou-se estudar se o factor económico (valor da cirurgia) influenciava as cirurgias adicionais. Todo o trabalho estatístico teve por objectivo ser explicativo e não preditivo. Sendo uma porta entreaberta para outros estudos mais alargados, considerando outras variáveis quer de cariz estrutural quer de cariz operacional. Também representa uma porta para uma melhor compreensão e comparação noutros estudos onde se incluíam hospitais de todos os sectores (públicos, privados e do terceiro sector)

Verificou-se ao longo deste trabalho que não existe significância estatística que nos permita validar a nossa hipótese de investigação, ou seja, concluiu-se que o custo da cirurgia não influencia os doentes intervencionados em adicional.

Os resultados indiciam, mas não nos permitem afirmar convictamente que, as cirurgias com custo mais elevado são menos convertidas em adicional. Acresce igualmente que o menor custo da cirurgia, associado a uma maior probabilidade de intervenção em adicional pode ser explicado pela realização de maior número de cirurgias de menor custo. Nesse sentido, a nossa hipótese tenderia a confirmar-se, ainda que pela vertente da quantidade e não do custo.

Também se verificaram neste estudo de casos, discrepâncias entre os hospitais relativamente aos doentes intervencionados, já que

se registaram taxas muito diferentes em cirurgia adicional entre os hospitais, sendo bastante relevante a taxa verificada no hospital 4.

Verificou-se também através dos dados consultados das UHGICs, que as cirurgias com mais doentes intervencionados em produção base eram por norma também as mais realizadas em produção adicional. O quadro 43 ilustra o top 3 das cirurgias mais efectuadas por serviço, no conjunto dos hospitais 1, 2 e 3 (hospitais públicos), quer em produção base quer em adicional.

Quadro 43 – Top 3 das cirurgias efectuadas por serviço nos hospitais 1, 2 e 3

SERVIÇOS	GDH		
	Posição	P.B.	P.A.
CIRURGIA	1º	162	119
	2º	119	162
	3º	198	198
OTORRINO	1º	60	60
	2º	56	55
	3º	62	56
ORTOPEDIA	1º	6	209
	2º	209	6
	3º	229	818
GINECOLOGIA	1º	359	361
	2º	361	359
	3º	356	358

Fonte – Adaptado das UHGICs

No hospital 4 (hospital do terceiro sector), a tendência é a mesma observada nos outros hospitais (quadro 44) nas cirurgias efectuadas em SIGIC adicional. Somente no serviço de ortopedia é que se verifica que o top 3 das cirurgias efectuadas nada tem a ver com o top 3 das cirurgias adicionais efectuadas nos outros hospitais.

Quadro 44 – Top 3 das cirurgias efectuadas por serviço no hospital 4

SERVIÇOS	GDH	
	Posição	P.A.
CIRURGIA	1º	119
	2º	162
	3º	288
OTORRINO	1º	60
	2º	55
	3º	56
ORTOPEDIA	1º	503
	2º	6
	3º	500

Fonte – Adaptado da UHGIC do hospital 4

Um dos factores que se poderá deduzir, embora implicitamente e que é uma boa porta para outros estudos com esta mesma abordagem, mas mais alargados, é que, provavelmente não é o factor custo unitário, mas sim a quantidade a condicionar certas cirurgias feitas em adicional, ou seja, "fazer muito, apesar de barato".

Referências Bibliográficas

- ACSS.** 2008. Serviço Nacional de Saúde: *Relatório e Contas 2006*. Janeiro 2008. Lisboa
- Almarsdottir, A.; Traulsen, J.** 2005. *Cost-containment as part of pharmaceutical policy*. Pharmacy World and Science, 27: p.p. 144-148
- Alves, A. Azevedo; Moreira, J. Manuel.** 2004. *O que é a Escolha Pública – Para uma análise económica da política*, Edições Principia. Cascais
- Araújo, J. Filipe.** 1993. *Tendências da Reforma da Administração Pública na Comunidade, Particularmente em Portugal*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Braga
- Araújo, J. Filipe.** 2005. *A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: O Novo Contexto de Gestão Pública*. Documento de Trabalho, Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas, Universidade do Minho. Braga
- Araújo, J. Filipe.** 2006. *Aulas de Modernização e Mudança na Administração Pública*, ministradas no Mestrado de Administração Pública, Universidade do Minho. Escola de Economia e Gestão. Braga
- Atkinson, Antony.** 1996. "The economics of the Welfare State". The American Economist , Vol.40, nº2, pp 5-15
- Barros, Pedro Pita.** 1998 *The black box of health care expenditure growth determinants*. Health Economics. 7: p.p. 533-544.
- Barros, Pedro Pita,** 2005. *Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos*. Almedina, Coimbra.
- Barros, P. P.; Machado, M.; Sanz-Galdeano, A.** 2006. *Moral Hazard and the Demand for Health Services: a matching estimator approach*. CEPR Discussion Paper, p.p. 5488
- Becker, H.S.** 1994 *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 2ª ed. HUCITEC. São Paulo

- Berzelay**, Michael. 2001. *The New public Management*. University of California Press
- Bilhim**, João. 2000. *A administração reguladora e prestadora de Serviços*. In *Reformar a Administração Pública: Um Imperativo*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa: pp 145-169. Lisboa
- Briggs**, A. 1961. *"The Welfare State in Historical Perspective"*. European Journal of Sociology / Archives Européenes de Sociologie
- Buchanan**, J.; **Musgrave**, R. 1999. *Public Finance and Public Choice: Two Contrasting Visions of the State*. MT Press. Cambridge Ma
- Campos**, A. C. et al. 1987. *A Combinação Público-Privada em Saúde: Privilégios, estigmas e ineficiências*. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa
- Campos**, A. Correia. 2008. *Reformas da Saúde – O Fio Condutor*. Almedina. Coimbra
- Canotilho**, J.J.Gomes. 2000. *Paradigmas do Estado e paradigmas da Administração Pública*. In 2º Encontro INA, Moderna Gestão Pública – dos meios aos resultados: pp 21-34. INA. Oeiras
- Carapeto**, Carlos; **Fonseca**, Fátima, 2006. *Administração Pública – Modernização, Qualidade e Inovação*, 2.^a Edição, Edições Sílabo. Lisboa
- Carapinheiro**, Graça, 1998. *Saberes e Poderes no Hospital*, Edições Afrontamento, Porto.
- Carrin**, G.; **Hanvoravongchai**, P. 2003. *Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: how successful are they in high-income countries?* Human Resources for Health. 1:6.
- Carvalho**, Elisabete Reis. 2001. *Reengenharia na Administração Pública: A Procura de Novos Modelos*. ISCSP. Lisboa
- Castro**, C.M. 1978. *A prática da pesquisa*. McGraw-Hill. São Paulo
- Chiavenato**, I. 1993. *Teoria Geral da Administração*, Vol.2, 4º Edição. Makron Books. S. Paulo

- Chizzotti** A. 2006. *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Vozes. Petrópolis
- Claessens**, S. 2003. *Corporate governance and development*. Global Corporate Governance Forum
- Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde**. 2007. Ministério da Saúde. Fev. 2007. Lisboa
- Coase**, Ronald. 1937. "The Nature of the Firm." *Economica* 4, 16: 386-405.
- CRES**. 1998. Recomendações para uma reforma estrutural. Conselho de Reflexão sobre a Saúde. ARSN. Porto
- Daily**, C.M.; **Schwenk**, C. 1996. *Chief executive officers, top management teams, and boards of directors: Congruent or countervailing forces?* Journal of Management, 22(2): p.p. 185-208.
- Delgado**, M. 1989. *Gestão Hospitalar em Portugal. A evolução dos últimos 20 anos*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 7, nº 2: pp 47-54
- Delgado**, M. 1999. *O presente e o futuro dos hospitais portugueses, algumas notas para reflexão*. P.P. Barros e J. Simões editores. APES. Lisboa
- Denhardt**, Robert; **Denhardt**, Janet. 2000. "The New Public Service: Serving Rather than Steering". Public Administration Review, Vol. 60, pp 549-559
- Derlien**, Hans-Ulrich. 1987. "Public managers and politics" in Jan Kooiman and A. Eliassen Kjell (ed.). Managing public organizations. pp.130. Sage publications. London
- DGO**. Conta Geral do Estado de 2002 a 2006.
- Drucker**, Peter. 1954. *Principles of Management*. Heinemann. London
- Drucker**, Peter. 1989. *The new realities: in government and politics, in economics and business, in society and world view*. Harper & Row. New York

Eeckloo, K; Delesie, L; Vieugels, A. 2007. *Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector.* Journal of the Royal Society for the Promotion of Health 2007; 127(2): p.p. 78-86.

Ferlie, Ewan; Ashburner, Lynn; Fitzgerald, Louise; Pettigrew, Andrew. 1996. *The New Public Management in Action.* Oxford University Press. Oxford.

Ferreira, G. 1990. *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal.* Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa

Ferreira, A. 2004. *Do que falamos quando falamos de regulação em saúde?* Análise Social. XXXIX:171. p.p. 313-337

Flynn, Peter; Knight, Dianne. 1998. *Inequalities in Health in the North West.* London

Franco, Raquel C.; Sokolowski, S. W.; Hairel, Eileen M.; Salamon, Lester M. 2005. *O Sector Não Lucrativo Português Numa Perspectiva Comparada.* Faculdade de Economia e Gestão – Universidade Católica Portuguesa. Porto

Friedman, Milton. 1956. *"The Quantity Theory of Money – A Restatement"* in Milton Friedman ed. *Studies in the Quantity Theory of Money.* University of Chicago Press, pp 3-21

Fukuyama, F. 2004. *State-building: governance and world order in the twenty-first century.* Profile Books. London 2004.

Garrafa, Volnei; Oselka, Gabrie; Dinis, Débora. 1996. *Saúde Pública, Bioética e Equidade.*

Gil, A.C. 1995. *Como elaborar projetos e pesquisa.* 3a ed. Atlas. São Paulo

Glouberman, S; Mintzberg, H. 2001. *Managing the care of health and the cure of disease - Part I: Differentiation.* Health Care Management Review 2001a; 26(1): p.p. 56-69

Glouberman, S; Mintzberg, H. 2001. *Managing the care of health and the cure of disease - Part II: Integration.* Health Care Management Review 2001b; 26(1): p.p. 70-84

- Goetz, J.; LeCompte, M.** 1984. *Ethnography and qualitative design in educational research*. Academic Press. San Diego, CA
- Goldenberg, M.** 1997. *A arte de pesquisar*. Record. Rio de Janeiro
- Goode, W.J.; Hatt, P.K.** 1979. *Métodos em pesquisa social*. 5a ed. Companhia Editora Nacional. São Paulo
- Gore, A.** 1996. *Reinventar a Administração Pública*. Quetzal Editores. Lisboa
- Gouldner, 1954.** *Patterns of Industrial Bureaucracy*. New York, NY: Free Press.
- Gouveia, M.; Pereira, A.M.** 1997. *Estratégias de Reforma do Estado Providência – Saúde e Pensões de Reforma*. Edição Fórum de Administradores de Empresas. Lisboa
- Granzotto, Alexandre J.** 2002. *Resumo: Estatística Básica*. Brasil
- Harding, A.; Preker, A.** 2000. *Understanding Organizational Reforms: The Corporatization of Public Hospitals*. Health, Nutrition and Population. The World Bank (HNP Discussion Paper). Washington
- Hersey, P.; Blanchard, K.** 1982. *Management of Organization Behavior: Utilizing Human Resources*. Englewood Cliffs, N.Y. Prentice Hall
- Hill, Manuela; Hill, Andrew.** 2005. *Investigação por Questionário*. Silabo. Lisboa
- Hood, Christopher.** 1991. "A Public Administration for All Seasons", *Public Administration Review*, vol.68: pp 3-19
- Hood, C.** 1994. *Explaining Economic Policy Reversals*. Open University Press. Buckingham
- IGIF.** 2007. *Relatório e contas 2005 do Serviço Nacional de Saúde*. Jan. 2007.Lisboa
- Imperatori, Emilio; Giraldes, M^a Rosário.** 1982. *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Edições de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Pp 9-18. Lisboa
- INE.** Conta Satélite da Saúde 2006

- Jackson**, P.M. 1990. *Public Choice and Public Sector Management*. Public Money & Management, vol. 10, pp 13-21.
- Keynes**, J.M. 1936. *The General Theory of Employment, Interest and Money*. Macmillan. London
- Kikert**, Walter; **Stillman**, Richard. 1996. "*Changing European States; Changing Public Administration*". Public Administration Review. Vol.56, nº1: pp 65-67
- Kilpatrick**, L. 1988. Editorial. *Journal for Research in Mathematics Education*. Routledge. London
- Kotter**, J.P. 2000. *Liderando a Mudança. Porque Fracassam as Tentativas de Transformação*. In: Harvard Business review. Mudança. 4ª Ed. Editora Campus. Rio de Janeiro
- Le Grand**, Julian. 1991. *Quasi-Markets and Social Policy*. The Economic Journal nº 101, p.p. 1256-1267
- Leite**, Manuela F. 2007. "*Ferreira Leite diz que TGV será "monumental" SCUT*". Jornal de Notícias. Edição Nacional. Maio 2007
- Lewin**, Kurt. 1948. *Resolving Social Conflict*. Harper & Row. New York
- Long**, Scott. 1997. *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Manning**, N. 2001. *The legacy of the New Public Management in developing countries*. International Review of Administrative Sciences, 67(2): p.p. 297-312.
- Marques**, M.M.L.; **Moreira**, V. 1999. *Desintervenção do Estado, Privatização e Regulação de Serviços Públicos*. Economia & Prospectiva, Vol. II, nº 3/4, Out.98/Mar.99. pp. 133-158
- Marx**, Karl. 1978. *Karl Marx - Selected Writings*. Oxford University Press. Oxford
- Matos**, Manuel A. 1995. *Manual Operacional para a Regressão Linear*. FEUP. Porto
- Maynard**, Alan. 2005. *European health policy challenges*. Health Economics, 14: p.p. 255-263

- Merriam**, S. 1988. *Case study research in education: A qualitative approach*. Jossey-Bas. San Francisco, CA
- Merton**, Robert. 1940. "Bureaucratic Structure and Personality." In Jay Shafritz and Albert Hyde. *Classics of Public Administration*. 3ªEd. Capítulo 12 (pp. 101-109).
- Metcalf**, Les; **Richards**, Sue. 1987. *Improving Public Management*. Pp.27. Sage publications. London
- Ministério da Saúde**. 2005. Processo de Gestão do Utente
- Mintzberg**, Henry. 1983. *Structuring Five: Desiguign Effective Organizations*. Prentice-Hall. Toronto
- Mishra**, Ramesh. 1995. *O Estado Providência na Sociedade Capitalista*. Celta. Lisboa
- Moreira**, J. Manuel. 1999. *A Contas com a Ética Empresarial*. Principia. Cascais
- Moreira**, J. Manuel. 2002. *Ética, Democracia e Estado. Para uma Nova Cultura da Administração Pública*. Principia. Cascais
- Mosher**, Frederick. 1968. *Democracy and the Public Service*. Oxford University Press. Oxford.
- Munger**, Michael C.. 2000, *Analyzing Policy – Choices, Conflicts and Practices*. WW Norton & Company. New York.
- Niskanen**, 1971. *Bureaucracy and Representative Government*. Chicago, IL: Aldine.
- Nozick**, R. 1974. *Anarchy State and Utopia*. Basic Books. Nova York
- OCDE**. 2006. *Projecting OCDE Health and Long-Term Care Expenditures: What are the main drivers?* Working paper nº 477. OCDE. Paris
- OCDE**. 2006b. *Future budget pressures arising from spending on health and longterm care*. OCDE Economic Outlook, Preliminary edition, 79 (May 2006). Paris
- OCDE**. 2006. OCDE Health Data 2006. *A Comparative Analysis of 30 Countries*

- OCDE.** 2007. OCDE Health Data 2007. *A Comparative Analysis of 30 Countries*
- Okunade**, A. M. Karakus; **Okeke**, C. 2004 *Determinants of health expenditure growth of the OCDE countries: jackknife resampling plan estimates*. Health Care Management Science. 7: p.p. 173-183.
- Oliver**, A; **Mossialos**, E. 2005. *European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward?* Journal of Health Politics, Policy and Law. 30(1-2). p.p. 7-28
- OPSS**, 2005. Relatório de Primavera 2005. *Novo Serviço de Saúde: Novos Desafios*. ENSP. Lisboa
- OPSS**, 2006. Relatório de Primavera 2006. *Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados*. Mar da Palavra. Coimbra
- OPSS**, 2007. Relatório de Primavera 2007. *Luzes e Sombras: A Governação da Saúde*. Mar da Palavra. Coimbra
- OPSS**, 2008. Relatório de Primavera 2008. *Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas*. Universidade de Coimbra. Coimbra
- Osborne**, David; **Gaebler**, Ted. 1994. *Reinventando o Governo*. Editora MH Comunicação. Brasília
- Osborne**, D; **Hutchinson**, P. 2004. *The price of government*. Basic Books. New York
- Osborne**, D; **Plastrik**, P. 1998. *Banishing bureaucracy: the five strategies for reinventing government*. Penguin. New York
- Paraíso**, António; **Lima**, Pedro. 2004. *Gestão na saúde, instrumentos legais*. Cespu Edições. Paredes
- Pereira**, J. 1991. *Desigualdades e Saúde em Portugal*. M.R. Giraldes e A.C.Campos (eds.). Instituto de Estudos para o Desenvolvimento. p.p. 208. Lisboa
- Pereira**, P.Trigo; **Afonso**, António; **Arcanjo**, Manuela; **Santos**, José Carlos G. 2005. *Economia e Finanças Públicas*. Escolar Editora. Lisboa
- Pigou**, Arthur C. 1932. *The Economics of Welfare* (4ªed.). Edison, NJ: Transaction Publishers.

- Pollit**, Cristopher. 1996. *Managerialism and the Public Services: The Anglo-American Experience*. Basil Blackwell. Oxford
- Pollitt**, C. 2004. *From there to here, from now till then: buying and borrowing public management reforms*. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid
- Pollit**, C.; **Brichall**, J.; **Putman**, K. 1998. *Decentralising Public Service Management*. Macmillan Press Ltd
- Ponte**, João P. 1994. *O Estudo de Caso na Investigação em Educação Matemática*. 3(1). p.p. 3-18. Quadrante. São Paulo
- Quivy**, Raymond; **Campenhoudt**, LucVan, (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Edição Gradiva. Publicações Lda. 4ª Edição. Lisboa.
- Rawls**, J. 1971. *A Theory of Justice*. Cambridge Mass. Harvard University Press
- Rawls**, J. 1997. *The Idea of Public Reason*. In Bohman, J e Regh, W. (eds). *Deliberative Democracy, Essay in Reason and Politics*: pp 93-141. The MIT Press. Cambridge Mass
- Reis**, V. P. 1999. *O Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos*. P.P. Barros e J. Simões editores. APES. Lisboa
- Reis**, V. P. 2004. *A Intervenção privada na Prestação Pública: da expansão do Estado às parcerias público-privadas*. Revista portuguesa de Saúde Pública, vol. Temático nº4: p.p. 121-136. Lisboa
- Rice**, J. 2003. *Hospital boards: an international journey for world class governance effectiveness*. The International Health Summit. Minneapolis
- Rocha**, J.A. Oliveira. 1991. *Princípios de Gestão Pública*. Ed. Presença. Lisboa
- Rocha**, J.A. Oliveira. 2001. *Gestão Pública e Modernização Administrativa*. INA. Oeiras

- Rocha**, J.A. Oliveira. 2005. *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública*. Escolar Editora. Lisboa
- Rocha**, J.A. Oliveira. 2006. *Aulas de Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública*, ministradas no Mestrado de Administração Pública, Universidade do Minho. Escola de Economia e Gestão. Braga
- Rocha**, J.A. Oliveira; **Dantas**, J. Costa. 2007. *Avaliação de Desempenho e Gestão por Objectivos*. Editora Rei dos Livros. Lisboa
- Rodrigues**, R.F. 1998 *Organizações, Mudança e capacidade de Gestão*. Principia. Cascais
- Rose**, Richard. 1984. *Understanding big Government*. Sage Publications. London. pp 226
- Savas**, E.S. 2000. *Privatization and Public-Private Partnerships*. Chatan House Publishers. New York
- Shaw**, R.P. 1999. *New Trends in Public Management in Health*. World Bank Institute. WBI Working Papers. Washington
- Selznick**, Philip. 1945. *TVA and the Grass Roots*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Sen**, Amartya. 1992. *Inequality Reexamined*. Claredon Press. Oxford
- Silva**, J. 2000. *Qualidade, cidadania e Modernização Administrativa*. In Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas. Vol. 1, nº1: pp 106-111
- Simões**, Jorge, 2004. *A Parcerias Público Privadas no Sector da Saúde em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol.4: pp 79-90
- Simões**, Jorge, 2004, *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percorso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Almedina, Coimbra.
- Simões**, Jorge et al. 2007. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Fev. 2007
- Simões**, J. Abreu 2004. *As PPP no sector da Saúde* in Gestão na Saúde, instrumentos legais. p.p. 241-252. Cespu Edições. Paredes

- Smith, A.** 1983. *A Riqueza das Nações*. Fundação Calouste Gulbenkian (2ª ed.). Coimbra (1ª ed. Inglesa 1776)
- Stake, R. E.** 2000. *Case studies*. In: Denzin NK, Lincoln YS (eds). *Handbook of qualitative research*. Sage. London
- Stogdill, R.** 1948. *Personal Factors Associated With Leadership: A Survey of the Literature*. *Journal of Psychology* 25. p.p. 35-71
- Taylor, Frederick.** 1912. *Scientific Management* in *The Classics of Public Administration*. Ed. Jay Shafritz e Albert Hyde. The Dorsey Press. California
- Tulloch, Gordon et al.** 2002. *Government Failure. A Primer Public Choise*. Cato Institute. Washington D.C.
- Turnbull, S.** 1997. *Corporate governance: its scope, concerns & theories*. *Corporate Governance. An International Review*; 5(4): p.p. 180 205.
- Tribunal de Contas.** 2007. *Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – SIGIC*. Relatório nº 25/07 – 2ª S, Processo nº 50/05 – AUDIT
- Van Gramberg, Bernadine; Teicher, Julian.** 2000. *Managerialism in local government – Victoria Australia*. *The International Journal of Public Sector Management*. Vol. 13, nº 5: pp 476-492
- Ventura, Magda M.** 2007. *O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa*. *Pedagogia Médica*. Ver. SOCERJ. 20(5). p.p. 383-386. Rio de Janeiro
- Vuong, Q.** 1989. Likelihood ratio tests for model selection and non-nested hypotheses. *Econometrica* 57: 307-334
- Walt, G.** 1998. *Implementing health care reform: a framework for discussion*. In: Saltman R, Figueras J, Sakellarides C (Ed.s), *Critical challenges for health care reform in Europe*. Open University Press. Buckingham
- Weber, Max.** 1978. *Economy and Society An Outline of Interpretive Sociology*. Berkeley and Los Angeles, Vol.2. Edited by Guenter Roth and Claus Wittich. University of California Pres

Wilson, Woodrow. 1887. *The Study of Administration* in The Classics of Public Administration. Ed. Jay Shafritz e Albert Hyde. The Dorsey Press. California

Yin, R. 2001. *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*. 2a ed. Bookman. Porto Alegre

Legislação

Despacho nº 19946/2002

Dec. Lei nº 413/71 de 27/09

Dec. Lei nº 129/77

Dec. Lei nº 254/82

Dec. Lei nº 11/93

Dec. Lei nº 151/98

Dec. Lei nº 197/99

Dec. Lei 207/99

Dec. Lei nº 558/99

Dec. Lei 76/2001

Dec. Lei 185/2002

Dec. Lei 86/2003

Dec. Lei 37/2007

Dec. Lei nº 71/2007

Dec. Regulamentar nº 10/2003

Dec. Regulamentar nº 14/2003

Lei nº 2011 de 1946

Lei nº 56/79 de 15/09

Lei nº 48/90 de 24/08

Lei nº 27/2002 de 08/11

Lei nº 1/2004

Lei nº 2/2004

Lei nº 3/2004

Lei nº 4/2004

Lei nº 10/2004

Lei nº 23/2004

Lei nº 53/2006

Lei nº 66-B/2007

Lei 11/2008

Portaria nº 1397/2002 de 06/10

Portaria nº 1234/2003 de 15/07

Portaria nº 816/2004 de 15/07

Portaria nº 1450/2004 de 25/11

Resolução Conselho Ministros nº 162/2002

Resolução Conselho Ministros nº 95/2003

Resolução Conselho Ministros nº 53/2004

Resolução Conselho Ministros nº 79/2004 de 24/06

Resolução Conselho Ministros nº 39/2006

Resolução Conselho Ministros nº 49/2007

ANEXO 1

O PROGRAMA SIGIC NO COMBATE ÀS LISTAS DE ESPERA

GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

1- Como se estabelecem as cirurgias adicionais a serem realizadas pelo hospital?

2- Que regras são seguidas para as cirurgias adicionais a efectuar por cada serviço?

3- Como é estabelecido o número de cirurgias adicionais a serem efectuadas pelos respectivos serviços?

4- Em cada serviço como se efectuam as negociações?

- Determinadas pelo Conselho de Administração?
- Ou negociadas pelo Director de Serviço?

5- Com base em que princípios é efectuada a remuneração à equipa cirúrgica?

- Os legislados em diploma legal?
- Outro?

6- A quem compete estabelecer as regras da distribuição da remuneração dentro da equipa cirúrgica?

7- Como é realizada a selecção de doentes para o agendamento de cirurgia adicional?

8- O pagamento da remuneração da cirurgia adicional obedece a critérios especiais? Ou é pago após a facturação?

ANEXO 2

O PROGRAMA SIGIC NO COMBATE ÀS LISTAS DE ESPERA

**Estatística descritiva por serviço dos hospitais 1, 2 e 3 e
separadamente o hospital 4**

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Quadro 45 - Itens estatísticos dos serviços de cirurgia dos hospitais 1, 2 e 3 – 2004 a 2007

Cirurgia - Hospital 1, 2 e 3 (2004 a 2007)					
Valor Unitário		Adicional		Programada	
Média	1.864,48	Média	6,08	Média	19,54
Mediana	1.540,23	Mediana	0,00	Mediana	8,00
Moda	1.795,46	Moda	0,00	Moda	2,00
Desvio padrão	1.147,53	Desvio padrão	19,60	Desvio padrão	27,73
Mínimo	181,74	Mínimo	0,00	Mínimo	0,00
Máximo	4.863,26	Máximo	178,00	Máximo	145,00

Fonte – Elaboração Própria

Quadro 46 - Itens estatísticos do serviço de cirurgia do hospital 4 – 2004 a 2007

Cirurgia - Hospital 4 (2004 a 2007)			
Valor Unitário		Adicional	
Média	1.445,86	Média	17,17
Mediana	1.188,39	Mediana	10,00
Moda	1.194,38	Moda	1,00
Desvio padrão	972,05	Desvio padrão	25,44
Mínimo	412,02	Mínimo	1,00
Máximo	4.846,15	Máximo	98,00

Fonte – Elaboração Própria

Quadro 47 - Itens estatísticos dos serviços de ginecologia dos hospitais 1, 2 e 3 – 2004 a 2007

Ginecologia - Hospital 1, 2 e 3 (2004 a 2007)					
Valor Unitário		Adicional		Programada	
Média	1.322,83	Média	3,74	Média	31,75
Mediana	1.187,38	Mediana	0,00	Mediana	13,50
Moda	1.260,19	Moda	0,00	Moda	4,00
Desvio padrão	543,65	Desvio padrão	12,51	Desvio padrão	44,32
Mínimo	532,70	Mínimo	0,00	Mínimo	0,00
Máximo	2.801,94	Máximo	72,00	Máximo	224,00

Fonte – Elaboração Própria

Quadro 48 - Itens estatísticos do serviço de ginecologia do hospital 4 – 2004 a 2007

Ginecologia - Hospital 4 (2204 a 2007)			
Valor Unitário		Adicional	
Média	1.992,31	Média	9,67
Mediana	1.712,17	Mediana	3,50
Moda	2.730,51	Moda	não há
Desvio padrão	583,11	Desvio padrão	14,64
Mínimo	1.423,23	Mínimo	1,00
Máximo	2.730,51	Máximo	39,00

Fonte – Elaboração Própria

Quadro 49 - Itens estatísticos dos serviços de otorrino dos hospitais 1, 2 e 3 – 2004 a 2007

ORL - Hospital 1, 2 e 3 (2004 a 2007)					
Valor Unitário		Adicional		Programada	
Média	1.024,71	Média	5,54	Média	17,84
Mediana	884,01	Mediana	0,00	Mediana	6,00
Moda	504,08	Moda	0,00	Moda	2,00
Desvio padrão	454,15	Desvio padrão	12,58	Desvio padrão	22,69
Mínimo	504,08	Mínimo	0,00	Mínimo	0,00
Máximo	2.503,02	Máximo	75,00	Máximo	95,00

Fonte – Elaboração Própria

Quadro 50 – Itens estatísticos do serviço de otorrino do hospital 4 – 2004 a 2007

ORL - Hospital 4 (2004 a 2007)			
Valor Unitário		Adicional	
Média	1.022,26	Média	28,95
Mediana	1.019,36	Mediana	14,00
Moda	504,08	Moda	1,00
Desvio padrão	378,14	Desvio padrão	47,64
Mínimo	504,08	Mínimo	1,00
Máximo	1.624,25	Máximo	199,00

Fonte – Elaboração Própria

O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Quadro 51 - Itens estatísticos dos serviços de ortopedia dos hospitais 1, 2 e 3 – 2004 a 2007

Ortopedia - 1, 2 e 3 (2004 a 2007)					
Valor Unitário		Adicional		Programada	
Média	1.971,64	Média	5,83	Média	13,98
Mediana	1.418,55	Mediana	1,00	Mediana	6,00
Moda	5.928,50	Moda	0,00	Moda	4,00
Desvio padrão	1.678,23	Desvio padrão	12,12	Desvio padrão	19,62
Mínimo	594,26	Mínimo	0,00	Mínimo	0,00
Máximo	12.621,91	Máximo	63,00	Máximo	134,00

Fonte – Elaboração Própria

Quadro 52 - Itens estatísticos do serviço de ortopedia do hospital 4 – 2004 a 2007

Ortopedia - Hospital 4 (2004 a 2007)			
Valor Unitário		Adicional	
Média	3.159,16	Média	9,27
Mediana	1.244,12	Mediana	5,00
Moda	773,34	Moda	2,00
Desvio padrão	3.554,39	Desvio padrão	10,14
Mínimo	773,34	Mínimo	1,00
Máximo	11.064,70	Máximo	39,00

Fonte – Elaboração Própria